

**แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ
จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2561**

1. วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพอันดับหนึ่งของภาคอีสาน เพื่อประชาชนสุขภาพดี

2. พันธกิจ

พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพ อย่างมีส่วนร่วม และยั่งยืน

3. อัตลักษณ์

“ชื่อสัตย์ สามัคคี มีวินัย”

4. ค่านิยม

“ KORAT MOPH ”

KORAT “ องค์กรแห่งการเรียนรู้ มุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ จิตบริการ ทำงานเป็นทีม เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ ”

Knowledge Organization = องค์กรแห่งการเรียนรู้

Open Mind = จิตบริการ

Role model & Respectable = แบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ

Achievement & RBM Model = มุ่งผลสัมฤทธิ์

Team work = ทำงานเป็นทีม

MOPH “ ฝึกฝนและเป็นนายตนเอง สร้างสรรค์นวัตกรรม ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง อ่อนน้อมถ่อมตน ”

Mastery = พัฒนาศักยภาพวิชาการตนเอง ให้ตัดสินใจด้วยตนเองได้

Originality = สร้างสรรค์นวัตกรรม สิ่งใหม่ๆ

People-center = ยึดประชาชนเป็นที่ตั้ง

Humility = มีความอ่อนน้อมถ่อมตน

5. เป้าหมาย

1. ประชาชนสุขภาพดี
2. เจ้าหน้าที่ เก่ง ดี มีความสุข
3. ระบบสุขภาพมีมาตรฐาน

6. เข็มมุ่งปี 61

1. ลดการตายและตายด้วยโรคเรื้อรังสูง (NCD)
2. การจัดการระบบสุขภาพอำเภอและตำบลจัดการสุขภาพ
3. งานอนามัยแม่และเด็ก (MCH)
4. ผู้สูงอายุ / พิการ

5. อุบัติเหตุ อัตรการตายสูง
6. อัตรการป่วย/ตาย ด้วย Stroke & stemi
7. โรคติดต่อ โดยเฉพาะ TB DHF Rabie
8. ความสุขของบุคลากร
9. พัฒนาการเด็กล่าช้า
10. การบริหารการเงินการคลัง
11. การพัฒนาคุณภาพข้อมูลสุขภาพ
12. มะเร็งทุกชนิด
13. จิตเวชและฆ่าตัวตาย

7. ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2561

ยุทธศาสตร์ ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ 12 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (5 โครงการ 9 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัด)

ยุทธศาสตร์ ที่ 2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (17 โครงการ 24 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ (2 โครงการ 2 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 9 : utschasakrammthangkarphaykrabongjor (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

ยุทธศาสตร์ ที่ 3. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence).

แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (3 โครงการ 6 ตัวชี้วัด)

ยุทธศาสตร์ ที่ 4. แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (2 โครงการ 6 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ 4 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 7 ตัวชี้วัด)

แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1)

8. ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2561

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	กลุ่มงาน
1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ 12 ตัวชี้วัด)				
1	1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	1	1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	สส.
		2	2) อัตราส่วนการตายมารดาไทย	สส.
		3	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	สส.
		4	4) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	สส.
		5	5) ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ (ร้อยละ 95)	คร.
2	2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	6	1) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	สส.
		7	2) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ทต.
		8	3) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	สส.
		9	4) ระดับความสำเร็จโครงการ To be No 1	NCD
3	3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	10	1) ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	สส.
4	4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	11	1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	พบ.
		12	2) ร้อยละของ Healthy Ageing	พบ.
แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)				
5	*1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB)	13	1) ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างคุณภาพ ขึ้น 4 ขึ้นไป 80 %	พบ.
แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (5 โครงการ 10 ตัวชี้วัด)				
6	*1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	14	1) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	คร.
		15	2) ร้อยละคลินิก อดบุหรืคุณภาพใน รพช./รพท. ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน	NCD
7	2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	16	1) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	คร.
		17	2) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับและมะเร็งท่อน้ำดี	NCD
		18	3) ร้อยละของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งผ่านเกณฑ์แบบยั่งยืน 80%	คร.
8	3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	19	1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	NCD
		20	2) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	NCD
9	4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	21	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	คป.

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	กลุ่มงาน
10	5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	22	1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	คป.
		23	2) ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	ผท.
แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัด)				
11	*1.โครงการ GREEN&CLEAN Hospital	24	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	อวล.
12	2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	25	1) ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	อวล.
		26	2) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กำหนด	อวล.
2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)				
13	*1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	27	1) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	พบ.
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (17 โครงการ 20 ตัวชี้วัด)				
14	1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	28	1) สถานบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดี	NCD
15	*2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	29	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	คป.
16	3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	30	1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	พบ.
17	4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	31	1) อัตราตายทารกแรกเกิด	สส.
18	5. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	32	1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	พบ.
19	6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย	33	1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	ผท.
20	7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	34	1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	NCD
		35	2) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	NCD
21	8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก	36	1) อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)	พบ.
		37	2) จำนวนโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	พบ.
22	9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	38	1) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมและลดอัตราตายโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ	NCD
23	10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	39	1) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	NCD
		40	2) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	NCD

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	กลุ่มงาน
24	11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	41	1) ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	NCD
25	12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	42	1) จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	NCD
26	13. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	43	1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	NCD
27	14. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)	44	1) ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate Care	NCD
28	*15. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery	45	1) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	NCD
29	16. โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery	46	1) จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	NCD
30	17. โครงการพัฒนาระบบบริการสาขาทันตกรรม	47	1) เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรม	ทต.
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)				
31	*1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	48	1) ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป	NCD
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)				
32	*1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ ร. ๑๐ (TB)	49	1) อัตราความสำเร็จการรักษานักป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	คร.
แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร (1 โครงการ 3 ตัวชี้วัด)				
33	*1. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร	50	1) จำนวนเมืองสมุนไพร	ผท.
		51	2) ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมกิจกรรมการปลูกและใช้สมุนไพร	ผท.
		52	3) ร้อยละของผู้พิการ(ประเภท1-3)ได้รับกายอุปกรณ์ครบถ้วนและผู้พิการประเภท 4-7 ได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ	NCD
3. ยุทธศาสตร์บุคคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)				
แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (3 โครงการ 5 ตัวชี้วัด)				
34	1. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	53	1) ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาด้านกำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	บค.
		54	2) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	บค.
35	*2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	55	1) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)	บค.
		56	2) อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)	บค.
36	3.โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ	57	1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	พบ.

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	กลุ่มงาน
4. ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (2 โครงการ 6 ตัวชี้วัด)				
37	1.โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง	58	1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	นิติการ
		59	2) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	คป.
		60	3) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	บ.
38	*2.โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	61	1) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	พย.
		62	2) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3	พบ.
		63	3) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติตดาว	พบ.
แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)				
39	1.โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)	64	1) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	พย.
แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ 4 ตัวชี้วัด)				
40	1.โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน	65	1) รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)	ปก.
		66	2) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ	ปก.
		67	3) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	NCD
41	*2.โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	68	1) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ปก.
แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 7 ตัวชี้วัด)				
42	1.โครงการพัฒนางานวิจัย ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	69	1) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	พย.
		70	2) ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี	พย.
		71	3) ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น	คป.
		72	4) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน	คป.
		73	5) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	ผท.

ที่	แผนงาน/โครงการ	ที่	ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	กลุ่มงาน
		74	6) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ	พย.
		75	7) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด	ผท.
แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1)				
43	1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ	76	1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้	นิติการ

รวม 15 แผนงาน 43 โครงการ 76 ตัวชี้วัด

หมายเหตุ * คือ PA ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ตรวจราชการ ปี 2561

คำอธิบายตัวชี้วัดด้านสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา ประจำปี 2561

1. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ 12 ตัวชี้วัด)

1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

1. ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ 1	ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน								
ความหมาย/นิยาม	<p>การคลอดมาตรฐาน หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน 2. มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง 3. มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ <ol style="list-style-type: none"> 3.1 การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 3.2 ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด / แบบประเมิน EFM และตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ 3.3 ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น 4. มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐานตามเกณฑ์ 5. มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด ตามเกณฑ์ (คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์) 								
เป้าหมาย (เกณฑ์)	<p>ปีงบประมาณ 2560-2562 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M1 ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน</p> <p>- ปีงบประมาณ 2563-2564 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปผ่านเกณฑ์การประเมินการคลอดมาตรฐาน</p> <p>ปีงบประมาณ 61 ร้อยละ 70</p>								
วัตถุประสงค์	มารดาที่ตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการดูแลตลอดการคลอดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐานโดยเฉพาะมารดาที่ตั้งครรภ์ ความเสี่ยงสูงได้รับการดูแลในระหว่างการคลอดโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสูติกรรมในสภาวะที่พร้อมรับเหตุฉุกเฉิน								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับ								
ผลงาน 3 ปี ย้อนหลัง	<p>สถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปี 2556</th> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">84.85</td> <td style="text-align: center;">84.85</td> <td style="text-align: center;">84.85</td> <td style="text-align: center;">84.85</td> </tr> </tbody> </table>	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	84.85	84.85	84.85	84.85
ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559						
84.85	84.85	84.85	84.85						
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์								
แหล่งข้อมูล	สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน								
สูตรคำนวณ	<p>A=จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน</p> <p>B=จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกระดับทั้งหมด</p> <p>$(A/B) \times 100$</p>								
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา								
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทรศัพท์/e-mail	นางนงเยาว์ สุวานิช , งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เบอร์โทร 0 4446 5010-4 ต่อ 305 มือถือ 08 1966 2508 Email: mchb509@gmail.com								

2. อัตราส่วนการตายมารดาไทย

ตัวชี้วัดที่ 2	อัตราส่วนการตายมารดาไทย					
ความหมาย/นิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรง ขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพ แสนคน					
เป้าหมาย (เกณฑ์)	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด					
ผลงาน 3 ปี ย้อนหลัง	อัตราส่วนการตายมารดาไทย					
	ปี 55	ปี 56	ปี 57	ปี 58	ปี 59	ปี 60
	23ต่อแสน การเกิดมีชีพ	20.84ต่อแสน การเกิดมีชีพ	3.16ต่อแสน การเกิดมีชีพ	18.16ต่อแสน การเกิดมีชีพ	24.49ต่อแสน การเกิดมีชีพ	7.23ต่อแสน การเกิดมีชีพ
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	รายงานเฉพาะกิจ (ก.1)					
สูตรคำนวณ	A=จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วันหลังคลอด ทุกสาเหตุยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด B=จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน สูตรคำนวณ (A/B) x100,000					
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา					
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทรศัพท์/e-mail	นางนงเยาว์ สุวานิช , งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา เบอร์โทร 0 4446 5010-4 ต่อ 305 มือถือ 09 4976 4267Email: mchb509@gmail.com					

3. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

ตัวชี้วัดที่ 3	ร้อยละ 80 ของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย																
เป้าหมาย(เกณฑ์)	<p>1.1 เด็ก 0-5 ปี ทุกคนได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90</p> <p>1.2 เด็ก 9,18, 30, 42 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ร้อยละ 100</p> <p>1.3 เด็ก 9,18, 30, 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 20</p> <p>1.4 เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้น ร้อยละ 100</p> <p>1.5 เด็กอายุ 5 เดือน 29 วัน กินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 30</p>																
ความหมาย/นิยาม	<p>1.1 เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เด็กปกติ DAIM ในเด็กกลุ่มเสี่ยง แล้วผลการคัดกรอง ผ่าน 5 ด้าน ในการคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้าน ภายใน 30 วัน</p> <p>เด็ก 9 ,18, 30, 42 เดือน หมายถึง เด็กเขตในรับผิดชอบที่มีอายุครบ 9 เดือนเต็มจนถึง 9 เดือน 29 วัน, 18 เดือนเต็มจนถึง 18 เดือน 29 วัน, 30 เดือนเต็ม จนถึง 30เดือน 29 วัน 42 เดือนเต็มจนถึง 42 เดือน 29 วัน ในเดือนนั้นๆ</p> <p>1.2 เด็ก 9 ,18, 30, 42 เดือน หมายถึง เด็กเขตในรับผิดชอบที่มีอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน ในเขตรับผิดชอบได้รับการประเมินพัฒนาการ</p> <p>1.3 เด็ก 9 ,18, 30, 42 เดือน หมายถึง เด็กเขตในรับผิดชอบที่มีอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน ในเขตรับผิดชอบพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า</p> <p>1.4 เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้น หมายถึง เด็ก 0-5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด พบพัฒนาการเด็กสงสัยล่าช้าและได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทุกคน</p> <p>1.5 เด็กอายุ 5 เดือน 29 วัน กินนมแม่อย่างเดียว หมายถึง เด็กในเขตรับผิดชอบที่มีอายุครบ 5 เดือนเต็ม ถึง 5 เดือน 29 วัน กินนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ไม่กินแม้กระทั่งน้ำ ในช่วงเวลาที่กำหนด</p>																
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<p>ผลงานจังหวัดนครราชสีมา ปี 2558 2559 และ 2560</p> <p>เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสมวัย ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>87.64</td> <td>98.99</td> <td>83.92</td> </tr> </tbody> </table> <p>เด็กอายุ 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว ดังนี้</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> <th>ปี 2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>70.21</td> <td>48.50</td> <td>86.32</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ร้อยละ	87.64	98.99	83.92	ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ร้อยละ	70.21	48.50	86.32
ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560														
ร้อยละ	87.64	98.99	83.92														
ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560														
ร้อยละ	70.21	48.50	86.32														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดีคุณภาพ ศูนย์เด็กเล็ก และเด็กในเขตรับผิดชอบทั้งหมด																
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	ข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม บันทึกข้อมูล 43 แฟ้ม http://203.157.102.130/HDC รายงาน 5 เดือน 29 วัน กินนมแม่อย่างเดียว สรุปลจาก 43 แฟ้ม																
สูตรคำนวณ	1.เด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90																

	<p>= <u>จำนวนเด็ก 0-5 ปี ได้รับการประเมินพัฒนาการ X 100</u> จำนวนเด็ก 0-5 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>2.เด็ก 9, 18, 30, 42 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ ร้อยละ 100</p> <p>= <u>จำนวนเด็กที่มีอายุ 9,18, 30, 42 เดือน ได้รับการประเมินพัฒนาการ X 100</u> จำนวนมีอายุ 9,18, 30, 42 เดือนในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>3.เด็ก 9,18, 30, 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 20</p> <p>= <u>จำนวนเด็กที่มีอายุ 9,18, 30, 42 เดือน พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าX100</u> จำนวนมีอายุ 9,18, 30, 42 เดือนที่ได้รับการประเมินพัฒนาการทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>4.เด็ก 0-5 ปี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการกระตุ้น ร้อยละ 100</p> <p>= <u>เด็กที่มีอายุ 0-5 ปี พบสงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นX100</u> จำนวนเด็กที่อายุ 0-5 ปี สงสัยพัฒนาการล่าช้าทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</p> <p>5.เด็กอายุ 5 เดือนเต็มถึง 5 เดือน 29 วัน กินนมแม่อย่างเดียวร้อยละ 30</p> <p>= <u>จำนวนเด็กอายุ 5 เดือนเต็มถึง 5 เดือน 29 วัน กินนมแม่อย่างเดียวX100</u> จำนวนเด็ก 5 เดือน 29 วัน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน</p>
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้ประสานงาน / เบอร์ โทรศัพท์/e-mail	นางภคมน สุนทรามาธกร รับผิดชอบงานพัฒนาการและโภชนาการเด็ก เบอร์โทร 0 4446 5010-4 ต่อ 305 มือถือ 08 8594 5394 นางจิราพรรณ รักศิณรงค์ รับผิดชอบงาน รพ.สต.อนามัยแม่และเด็ก ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ เบอร์โทร 0 4446 5010-4 ต่อ 305 มือถือ 09 1831 9328 Email: mchb509@gmail.com

4. ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ 5 ปี

ตัวชี้วัดที่ 4	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี						
เป้าหมาย เกณฑ์)	<p>1.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 51</p> <p>2.ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ 5 ปี (เด็กชายสูงเฉลี่ย 113 เซนติเมตร,เด็กหญิงสูงเฉลี่ย 112 เซนติเมตร) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 51</p> <p>3.ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีภาวะผอม ไม่เกินร้อยละ 2</p> <p>4.ร้อยละเด็ก 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ไม่เกินร้อยละ 10</p>						
ความหมาย/นิยาม	<p>เด็ก 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด-5 ปี 11 เดือน 29 วัน ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดได้รับประเมินภาวะโภชนาการแปลผลตามมาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2006</p> <p>1. ส่วนสูงดี หมายถึง เด็กแรกเกิด – 5 ปี ที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ.2558</p> <p>2. สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) (กราฟน้ำหนักเทียบกับความยาวหรือส่วนสูงของเด็ก)</p> <p>3. ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง ที่อายุเต็ม 5 ปี 11 เดือน 29 วัน (เด็กชายสูงเฉลี่ย 113 เซนติเมตร, เด็กหญิงสูงเฉลี่ย 112 เซนติเมตร)</p> <p>4. ภาวะผอม หมายถึง เด็กแรกเกิด-5 ปี ได้รับประเมินภาวะโภชนาการแปลผลพบว่ามีภาวะผอม (กราฟน้ำหนักเทียบกับความยาวหรือส่วนสูงของเด็ก)</p> <p>5. ภาวะเตี้ย หมายถึง เด็กแรกเกิด –5 ปี ได้รับประเมินภาวะโภชนาการแปลผลพบว่ามีภาวะเตี้ย (กราฟความยาว/ส่วนสูง เทียบกับ อายุตามเกณฑ์)</p>						
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<p>ผลงานจังหวัดนครราชสีมา ปี 2557, 2558 และ2559</p> <p>เด็ก 0-5 ปี ได้รับการประเมินภาวะโภชนาการครอบคลุม ดังนี้</p> <table border="1" data-bbox="435 1285 935 1406"> <tr> <td>ปีงบประมาณ</td> <td>ปี 2558</td> <td>ปี 2559</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>90.67</td> <td>95.37</td> </tr> </table> <p>ปี 2560 เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี ร้อยละ 51.23</p>	ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559	ร้อยละ	90.67	95.37
ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559					
ร้อยละ	90.67	95.37					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดีคุณภาพ ศูนย์เด็กเล็ก และเด็กในเขตรับผิดชอบทั้งหมด						
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	รายงานโภชนาการเด็ก 0-5 ปี สรุปรจาก 43 แห่ง และระบบรายงาน HDC รายงานปีละ 4 ครั้ง งวดที่ 1 เดือน ธันวาคม งวดที่ 2 มีนาคม งวดที่ 3 มิถุนายน งวดที่ 4 กันยายน						
สูตรคำนวณ	<p>A1=จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี สูงดีสมส่วน</p> <p>A2=ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง</p> <p>A3=ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง</p> <p>A4=จำนวนเด็ก 0 – 5 ปี มีภาวะผอม</p> <p>A5=จำนวนเด็ก 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย</p> <p>B1=จำนวนเด็กอายุ 0 - 5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด</p> <p>B2=จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด</p> <p>B3=จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด</p>						

	1. ร้อยละเด็กอายุ 0 -5 ปี สูงดีสมส่วน = $(A1 \times 100) / B1$ 2. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี = $(A2 / B2)$ 3. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี = $(A3 / B3)$ 4. ภาวะผอม = $(A4 \times 100) / B1$ 5. ภาวะเตี้ย = $(A5 \times 100) / B1$
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้ประสานงาน / เบอร์ โทรศัพท์/e-mail	นางกมลน สุนทราเมธากร รับผิดชอบงานพัฒนาการและโภชนาการเด็ก เบอร์โทร 0 4446 5010-4 ต่อ 305 มือถือ 08 8594 5394 นางจิราพรรณ ภัคศิณรงค์ รับผิดชอบงาน รพ.สต.อนามัยแม่และเด็ก ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ เบอร์โทร 0 4446 5010-4 ต่อ 305 มือถือ 09 1831 9328 Email: mchb509@gmail.com

5. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ (ร้อยละ 95)

ตัวชี้วัดที่ 5.1	ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
คำนิยาม	เด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด หมายถึง เด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนที่มีองค์ประกอบของไวรัสหัด (M,MR,MMR)
ผลงาน 4 ปีย้อนหลัง	ปี 2557-2560 ได้ร้อยละตามลำดับดังนี้ 96.28 90.65 94.54 94.24
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานเป็นรายตำบล หมายถึง เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานผ่านมา 1ปี เช่น รายงานตามรอบไตรมาส 3 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2560– 31 ธันวาคม 2560 (รายงานตามรอบไตรมาส ทุก 3 เดือน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการรับวัคซีน MMR ของเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่อยู่ในโปรแกรมบันทึก 43 แฟ้ม ของสถานบริการ
แหล่งข้อมูล	ทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ และฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานนั้นที่ได้รับวัคซีน ป้องกันโรคหัด B =จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานนั้น

ตัวชี้วัดที่ 5.2	ร้อยละของเด็ก 1 ปี ได้รับวัคซีน BCG, HB1, DTP – HB3, OPV3, IPV
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
คำนิยาม	เด็ก 1 ปีที่ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์หมายถึงเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวด ที่รายงานได้รับวัคซีน BCG / HB1/ DTP-HB3 /OPV3/IPV
ผลงาน 4 ปีย้อนหลัง	ปี 2557-2560 ได้ร้อยละตามลำดับดังนี้ 96.28 95.54 96.12 91.03
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่อาศัยในตำบล มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานเป็นรายตำบล หมายถึง เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงานผ่านมา 1 ปี เช่น รายงานตามรอบไตรมาส 3 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่เด็กที่เกิดระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559 (รายงานตามรอบไตรมาส ทุก 3 เดือน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการรับวัคซีน BCG / HB1/ DTP-HB3 /OPV3/IPV ของเด็กอายุ ต่ำกว่า 1 ปี ที่อยู่ในโปรแกรมบันทึกของสถานบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$BCG (A1/B) \times 100$ $HB1 (A2/B) \times 100$ $DTP-HB3 (A2/B) \times 100$ $OPV3 (A3/B) \times 100$ $IPV (A4/B) \times 100$ A1=เด็กอายุครบ 1 ปีที่อาศัยอยู่ในตำบล ในงวดรายงานนั้น ที่ได้รับวัคซีน BCG A2=เด็กอายุครบ 1 ปีที่อาศัยอยู่ในตำบล ในงวดรายงานนั้น ที่ได้รับวัคซีน HB1 A3=เด็กอายุครบ 1 ปีที่อาศัยอยู่ในตำบล ในงวดรายงานนั้น ที่ได้รับวัคซีน DTP-HB3 A4=เด็กอายุครบ 1 ปีที่อาศัยอยู่ในตำบล ในงวดรายงานนั้น ที่ได้รับวัคซีน OPV3 A5=เด็กอายุครบ 1 ปีที่อาศัยอยู่ในตำบล ในงวดรายงานนั้น ที่ได้รับวัคซีน IPV B=เด็กอายุครบ 1 ปีที่อาศัยอยู่ในตำบล ในงวดรายงาน

ตัวชี้วัดที่ 5.3	ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP4, OPV4, LAJE1
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

คำนิยาม	เด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ หมายถึง เด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีน DTP4,OPV4,LAJE1
ผลงาน 4 ปี ย้อนหลัง	ปี 2557-2560 ได้ร้อยละตามลำดับดังนี้ 91.32 91.32 94.07 94.52
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่อาศัยในตำบล มีอายุครบ 2 ปี ในงวดรายงาน (เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่าน มาแล้ว 2 ปี เช่น รายงานตามรอบไตรมาส 3 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 2 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 31 ธันวาคม 2559 (รายงานตามรอบไตรมาส ทุก 3 เดือน)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ ทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	DTP4 = (A1/B) × 100 OPV4 = (A2//B) × 100 LAJE1 = (A3/B) × 100 A1 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงานได้รับวัคซีน DTP4 A2 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงานได้รับวัคซีน OPV4 A3 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงานได้รับวัคซีน LAJE1 B =จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงาน

ตัวชี้วัดที่ 5.4	ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน LAJE2
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
คำนิยาม	เด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ หมายถึง เด็กอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีน LAJE2
ผลงาน 4 ปีย้อนหลัง	ปี 2557 - 2560 ได้ร้อยละตามลำดับดังนี้ 94.28 94.28 91.26 94.94
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่อาศัยในตำบล มีอายุครบ 3 ปี ในงวดรายงาน เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่าน มาแล้ว 3 ปี เช่น รายงานตามรอบไตรมาส รอบ 3 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 3 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2557 – 31 ธันวาคม 2557 (รายงานตามรอบไตรมาส ทุก 3 เดือน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	LAJE2 = (A1/B) × 100 A1 = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงานได้รับวัคซีน LAJE2 B =จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงาน

ตัวชี้วัดที่ 5.5	ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน MMR , MMR2
เป้าหมาย(เกณฑ์)	วัคซีนทุกประเภท ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 MMR ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
คำนิยาม	เด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ หมายถึง เด็กอายุครบ 3 ปี ใน งวดที่รายงานได้รับวัคซีน MMR2
ผลงาน 4 ปีย้อนหลัง	ปี 2557 - 2560 ได้ร้อยละตามลำดับดังนี้ 94.28 94.28 91.26 94.94
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่อาศัยในตำบล มีอายุครบ 3 ปี ในงวดรายงาน เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่าน มาแล้ว 3 ปี เช่น รายงานตามรอบไตรมาส รอบ 3 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 3 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่าง วันที่ 1 ตุลาคม 2558 – 31 ธันวาคม 2558 (รายงานตามรอบไตรมาส ทุก 3 เดือน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	MMR2 = (A2/B) × 100 A2 = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงานที่ได้รับวัคซีน MMR2 B =จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงาน
--------------------	---

ตัวชี้วัดที่ 5.6	ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ได้รับวัคซีน DTP5, OPV5
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่อาศัยในตำบล มีอายุครบ 5 ปี ในงวดรายงาน เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับ รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 5 ปี เช่น รายงานตามรอบไตรมาส รอบ3 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 5 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 – 31 ธันวาคม 2556 (รายงานตามรอบไตรมาส ทุก 3 เดือน)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	DTP5 = (A1/B) × 100 OPV5 = (A2/B) × 100 A1 = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงานที่ได้รับวัคซีน DTP5 A2 = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงานที่ได้รับวัคซีน OPV5 B =จำนวนเด็กอายุครบ5 ปี อาศัยในตำบลในงวดรายงาน

ตัวชี้วัดที่ 5.7	ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป. 1 เฉพาะรายที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ อายุที่กำหนด
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ร้อยละ 95
คำนิยาม	อัตราการได้รับวัคซีนของเด็กนักเรียนชั้น ป. 1 เฉพาะรายที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุในงวดที่ รายงาน เป็นรายโรงเรียน หมายถึง จำนวนเด็กนักเรียน ชั้น ป. 1 ในงวดที่ 1 คือ เดือนตุลาคมถึงเดือน มีนาคม และงวดที่ 2 คือเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน ที่ได้รับวัคซีน BCG ,HB, dT , OPV , IPV ,MR, LAJE เฉพาะรายที่ได้รับไม่ครบ หาดด้วยนักเรียนชั้น ป1 เฉพาะรายที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุ ทั้งหมดในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลในงวดรายงานนั้น คูณด้วย 100
ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง	ปี 2557-2559 ได้ร้อยละตามลำดับดังนี้ 91.05 95.15 95.11
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนชั้น ป.1 หมายถึง เด็กที่กำลังเรียนชั้น ป.1 เฉพาะรายที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุใน โรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลที่สถานบริการรับผิดชอบ ในงวดที่รายงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการรับวัคซีน BCG ,HB, dT , OPV , IPV ,MR, LAJE ในเด็กนักเรียน ชั้น ป. 1 เฉพาะรายที่ ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุ ที่อยู่ในโปรแกรมบันทึกของสถานบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทะเบียนการให้บริการวัคซีนของสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่	(A/B)X100 A=เด็กนักเรียนชั้น ป.1 เฉพาะรายที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุ ในแต่ละโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลที่ สถานบริการรับผิดชอบ ในงวดรายงานนั้น ที่ได้รับวัคซีน BCG ,HB, dT , OPV , IPV ,MR, LAJE B=เด็กนักเรียนชั้น ป.1 เฉพาะรายที่ได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์อายุ ในแต่ละโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลที่ สถานบริการรับผิดชอบ ในงวดรายงานนั้น

ตัวชี้วัดที่ 5.8	ร้อยละของเด็ก 10 – 12 ปีได้รับวัคซีนกระตุ้นทุกประเภทตามเกณฑ์ ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป 6 ได้รับวัคซีน dT
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
คำนิยาม	อัตราการได้รับวัคซีน dT ในเด็กนักเรียนชั้น ป.6 ในงวดที่รายงาน เป็นรายโรงเรียน หมายถึง จำนวนเด็ก

	นักเรียน ชั้น ป. 6 ในงวดที่ 1 คือ เดือนตุลาคมถึงเดือนมีนาคม และงวดที่ 2 คือเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน ที่ได้รับวัคซีน dT หารด้วยนักเรียนชั้น ป.6 ทั้งหมดในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลในงวดรายงานนั้น คูณด้วย 100
ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง	ปี 2557-2559 ได้ร้อยละตามลำดับดังนี้ 98.60 95.68 97.26
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนชั้น ป.6 หมายถึง เด็กที่กำลังเรียนชั้น ป.6 ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ใน ตำบลที่ สถานบริการรับผิดชอบ ในงวดที่รายงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการรับวัคซีน dT ในเด็กนักเรียนชั้น ป. 6 ที่อยู่ในโปรแกรมบันทึกของสถานบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทะเบียนการให้บริการวัคซีนของสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X100 A=เด็กนักเรียนชั้น ป.6 ในแต่ละโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลที่สถานบริการรับผิดชอบ ในงวดรายงานนั้น ที่ได้รับวัคซีน dT B=เด็กนักเรียนชั้น ป.6 ในแต่ละโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลที่สถานบริการรับผิดชอบ ในงวดรายงานนั้น

ตัวชี้วัดที่ 5.9	ร้อยละของเด็กนักเรียนหญิงไทย ชั้น ป 5 ได้รับวัคซีน HPV ตามเกณฑ์
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
คำนิยาม	อัตราการได้รับวัคซีน HPV ในเด็กนักเรียนหญิงไทยชั้น ป.5 ในงวดที่รายงาน เป็นรายโรงเรียน หมายถึง จำนวนเด็กนักเรียนหญิงไทย ชั้น ป.5 ในที่ 2 ที่ได้รับวัคซีน HPV หารด้วยนักเรียนหญิงไทยชั้น ป.5 ทั้งหมดในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลในงวดรายงานนั้น คูณด้วย 100
ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง	เริ่มดำเนินงาน ใน ปี งบประมาณ 2560
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กนักเรียนหญิงไทยชั้น ป.5 หมายถึง เด็กที่กำลังเรียนหญิงไทยชั้น ป.5 ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลที่สถาน บริการรับผิดชอบ ในงวดที่ 1 คือ เดือนตุลาคมถึงเดือนมีนาคม และงวดที่ 2 คือเดือนเมษายนถึงเดือน กันยายน ในงวดที่รายงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากการรับวัคซีน HPV ในเด็กนักเรียนหญิงไทยชั้น ป. 5 ที่อยู่ในโปรแกรมบันทึกของสถานบริการ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ทะเบียนการให้บริการวัคซีนของสถานบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X100 A=เด็กนักเรียนหญิงไทยชั้น ป.5 ในแต่ละโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลที่สถานบริการรับผิดชอบ ในงวดรายงาน นั้น ที่ได้รับวัคซีน HPV B=เด็กนักเรียนหญิงไทยชั้น ป.5 ในแต่ละโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลที่สถานบริการรับผิดชอบ ในงวดรายงาน นั้น
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทรศัพท์และ E-mail	นางยุภาพร ราชวงศ์ นางสุภรณ์ เจริญวรรณวงศ์ 044-465010-4 ต่อ 418

2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น

6. ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน

ตัวชี้วัดที่ 6	ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ร้อยละ 68
ความหมาย/คำนิยาม	<p>เด็กนักเรียน หมายถึง เด็กนักเรียนที่มีอายุ ตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม จนถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน</p> <p>โรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาสและมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3)</p> <p>ส่วนสูงดี หมายถึงเด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัยปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ - 1.5 S.D ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p>สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542</p> <p>มีค่าระหว่าง + 1.5 S.D ถึง - 1.5 S.D ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง</p> <p>เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p>ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2SD แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากการขาดสารอาหารเรื้อรังหรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ</p> <p>ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึงน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง $> + 2$ SD. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542</p> <p>ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2 SD. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน</p>
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ผลงานจังหวัดนครราชสีมา ปี 2558 ร้อยละ 74.02 ปี 2559 ร้อยละ 76.37 ปี 2560 ร้อยละ 68.99 (ณ 30 มิถุนายน 2560)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็ก ที่มีอายุ ตั้งแต่ 6 - 14 ปี ในโรงเรียนประถมศึกษา โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1-ม.3) ทุกสังกัด
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บ	<ol style="list-style-type: none"> โปรแกรมการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของเด็กอายุแรกเกิด-18 ปี ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม Hos XP HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>A =จำนวนเด็กวัยเรียนที่มีส่วนสูงดี(สูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูงเกณฑ์เกิน) และรูปร่างสมส่วน</p> <p>B =จำนวนเด็กนักเรียนชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทรศัพท์และ E-mail	<p>นางกัลยา ราชกิจจาธร โทร 08 7879 9701</p> <p>นางชนิภา รักษ์กุล โทร.08 1790 1737</p> <p>นางวิมลวรรณ เตียนพลกรัง โทร.08 1265 5087</p> <p>E-mail Scoldsp@gmail.com</p>

7. ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)

ตัวชี้วัดที่ 7	ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ร้อยละ 90 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและ ฟิกทักษะผู้ดูแลเด็กให้ดูแลทันตสุขภาพเด็กอย่างถูกต้อง 2. ร้อยละ 70 เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้รับการป้องกันฟันผุด้วยฟลูออไรด์เฉพาะที่ 3. ร้อยละ 20 เด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการอุดฟัน 4. ร้อยละ 60 เด็ก ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน 5. ร้อยละ 40 เด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม
<p>ความหมาย / คำนิยาม</p> <p>ผลงานย้อนหลัง3ปี</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. เด็กอายุ 0 เดือน – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและ ฟิกทักษะผู้ดูแลเด็กให้ดูแลทันตสุขภาพเด็กอย่างถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2. เด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับการป้องกันด้วยฟลูออไรด์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 3. เด็กอายุ 3 ปี – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ได้รับการได้รับการอุดฟัน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 4.นักเรียน ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 ที่ขึ้นเต็มซี่และตรวจไม่พบฟันผุ 5.เด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการป้องกันและรักษาทางทันตกรรม (ทุกรหัสในงานทันต กรรมยกเว้น 2330011,2330010,2338610 และ 2338611) <p>ตรวจสุขภาพช่องปาก</p> <p>ปี 2558 จำนวน 147,472 คน จากทั้งหมด 158,255 คน คิดเป็นร้อยละ 85.53</p> <p>ปี 2559 จำนวน 129,464 คน จากทั้งหมด 154,031 คน คิดเป็นร้อยละ 84.05</p> <p>การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก</p> <p>ปี 2558 จำนวน 139,703 คน จากทั้งหมด 158,255 คน คิดเป็นร้อยละ 88.28</p> <p>ปี 2559 จำนวน 130,860 คน จากทั้งหมด 154,031 คน คิดเป็นร้อยละ 84.96</p> <p>ตรวจสุขภาพช่องปากและการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปาก</p> <p>ปี 2560 จำนวน 138804 คน จากทั้งหมด 120259 คน คิดเป็นร้อยละ 86.64</p> <p>ได้รับการป้องกันด้วยฟลูออไรด์เฉพาะที่</p> <p>ปี 2558 จำนวน 48,322 คน จากทั้งหมด 62,373คน คิดเป็นร้อยละ 77.47</p> <p>ปี 2559 จำนวน 44,502 คน จากทั้งหมด 55,496 คน คิดเป็นร้อยละ 80.19</p> <p>ปี 2560 จำนวน 120912 คน จากทั้งหมด 101190 คน คิดเป็นร้อยละ 83.69</p> <p>อุดฟัน</p> <p>ปี 2559 จำนวน 71,138 คน จากทั้งหมด 8,278 คน คิดเป็นร้อยละ 11</p> <p>ปี 2560 จำนวน 70774 คน จากทั้งหมด 15115 คน คิดเป็นร้อยละ 21.36</p> <p>เด็ก ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน</p> <p>ปี 2558 เด็ก ป.1ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 64.22</p> <p>ปี 2559 เด็ก ป.1ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 67.48</p> <p>ปี 2560 เด็ก ป.1ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันร้อยละ 62.97</p> <p>เด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม</p> <p>ปี 2557 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการรักษาทางทันตกรรม(ครั้ง) ร้อยละ 68</p> <p>ปี 2558-2559 ไม่เป็นตัวชี้วัด จึงไม่มีการประมวลข้อมูล</p> <p>ปี 2560 เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการรักษาทางทันตกรรม(ครั้ง) ร้อยละ 70</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-12 ปี
แหล่งข้อมูล /การจัดเก็บ	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม

ข้อมูล	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากได้ตามเกณฑ์</p> <p>สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนเด็ก 0-5 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก และ ฝึกทักษะผู้ดูแลเด็ก} \times 100}{\text{จำนวนเด็ก 0-5 ปี ทั้งหมด}}$</p> <p>2.ร้อยละของเด็ก 6 เดือน - 5 ปี ได้รับการป้องกันฟันผุด้วยฟลูออไรด์เฉพาะที่ได้ตามเกณฑ์</p> <p>สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนเด็ก 6 เดือน - 5 ปี ได้รับการป้องกันฟันผุด้วยฟลูออไรด์เฉพาะที่} \times 100}{\text{จำนวนเด็ก 6 เดือน - 5 ปี ทั้งหมด}}$</p> <p>3.ร้อยละเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการอุดฟันได้ตามเกณฑ์</p> <p>สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนครั้งของเด็ก 3-5 ปี ได้รับการอุดฟัน} \times 100}{\text{จำนวนเด็ก 3 - 5 ปี ทั้งหมด}}$</p> <p>4.เด็ก ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน</p> <p>สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนเด็กนักเรียน ป.1 ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน(คน)} \times 100}{\text{จำนวนเด็ก ป.1 ทั้งหมด}}$</p> <p>5.เด็ก 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม</p> <p>สูตรคำนวณ = $\frac{\text{จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับการทันตกรรม(ครั้ง)} \times 100}{\text{จำนวนเด็กอายุ 6-12 ปี ทั้งหมด}}$</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	นส.สุภาวดี ศรีทองเพชร
ผลการดำเนินการ / เบอร์	นางรุจลักษณ์ เอกพงศ์เมธี
โทรศัพท์ / e-mail	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข 044465010 ต่อ 107 , e-mail:dentkorat@gmail.com

8. อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี

ชื่อตัวชี้วัดที่ 8	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 40 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน
คำนิยาม	จำนวนการคลอดบุตรมีชีพิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับ นายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ใน 43 แฟ้ม:HDC
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจาก 43 แฟ้ม:HDC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 1,000$ A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จาก 43 แฟ้ม:HDC) B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินการ / เบอร์ โทรศัพท์ / e-mail	3.นายศิวัชยุทธ สิงห์ปัฐ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 08 1999 0227 e-mail siwasing@hotmail.com 4.นางสาวบุญช่วย นาสูงเนิน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ มือถือ 08 1879 5385

9. ระดับความสำเร็จโครงการ To be No 1

ตัวชี้วัดที่ 9	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE
เป้าหมาย(ตามเกณฑ์)	<p>1.เยาวชน อายุ 6-24 ปี เป็นสมาชิก ชมรม TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 90 ขึ้นไป</p> <p>2.ทุกตำบลมีชมรม TO BE NUMBER ONE (สถานศึกษา/สถานประกอบการ/หมู่บ้าน/ตำบล)เพิ่มขึ้น</p> <p>3.มีศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE อย่างน้อยอำเภอละ 2 แห่ง</p> <p>4.มีชมรม TO BE NUMBER ONE กำหนดผู้ใหญ่บ้านต้นแบบ อย่างน้อย อำเภอละ 1 ชมรม</p> <p>5.ชมรมมีกิจกรรม ที่เอื้อให้เยาวชนไม่ไปข้องเกี่ยวกับยาเสพติด อย่างสม่ำเสมอ และส่งชมรมเข้าในระดับ อำเภอหรือระดับจังหวัด เพื่อสร้างกระแสและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน</p> <p>6.จำนวน เยาวชนอายุน้อยกว่า 24 ปีดื่มเหล้า หรือสูบบุหรี่หรือ ดินยาเสพติดรายใหม่ลดลง</p>
ความหมาย/คำนิยาม	<p>เยาวชน หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 6-24 ปี หมายถึงผู้ที่มีอายุ 6 ปีขึ้นไป จนถึงอายุ 24 ปี 11 เดือน 29 วัน ในหมู่บ้าน / ชุมชน ทั้งที่อยู่ในและนอกระบบการศึกษา</p> <p>@ เป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE หมายถึง จะต้องสมัครเป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE ในสถานศึกษา/ชุมชน/สถานประกอบการ ซึ่งเป็นชมรมที่ดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง</p> <p>@ชมรมTO BE NUMBER ONE หมายถึง ชมรมที่จัดตั้งขึ้นในสถานศึกษา สถานประกอบการ หรือในหมู่บ้าน / ชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ก.3ยได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการ หมายถึงบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเพื่อดำเนินงานในชมรม เช่น ประธาน รองประธาน เลขานุการกรรมการฝ่ายต่าง ๆ อย่างน้อย 2 ตำแหน่ง และจะต้องมีการปรึกษาหารือร่วมกัน อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี 2. กิจกรรม หมายถึง สิ่งที่ชมรมจัดขึ้นเพื่อสมาชิกสมาชิกภายในชมรม หรือมอบหมายสมาชิก เข้าร่วมดำเนินการกับหน่วยงาน / องค์กรภายนอก ทั้งนี้ให้นับรวมกิจกรรมทั้งภายใน และภายนอกไม่ต่ำกว่า 6 ครั้ง / ปี <p>ตัวอย่างกิจกรรม : การจัดบริการให้คำปรึกษา การเล่นดนตรี กีฬา ศิลปะ กิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ งานประเพณี และเทศกาลต่าง ๆ</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. กองทุน หมายถึง เงิน ซึ่งได้จากการบริจาค การจัดกิจกรรมเพื่อหาทุน หรือได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ หรือ เอกชนต่าง ๆ รวมถึง ทรัพย์สิน ทั้งประเภทไม่สามารถเคลื่อนย้ายไม่ได้ เช่น ห้อง / สถานที่ประกอบกิจกรรมชมรม และประเภทสามารถเคลื่อนย้ายได้ เช่น โตะ แก้ว อูปรณ์ สำนักงาน อุปกรณ์กีฬา ดนตรี เป็นต้น <p>3 ย. คือ การดำเนินการตามหลักของยุทธศาสตร์ของโครงการ TO BE NUMBER ONE ดังนี้</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่1 การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 2 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน</p> <p>ยุทธศาสตร์ที่ 3 สร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด</p> <p>@.ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONEหมายถึง ศูนย์เพื่อนใจ (TO BE NUMBER ONE FRIEND CORNER) ในโครงการ TO BE NUMBER ONE โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด ในสถานศึกษา ในชุมชน ในสถานประกอบการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิดของการให้บริการ “ปรับทุกข์ สร้างสุข แก้ปัญหา พัฒนา EQ” 2. รูปแบบการให้บริการ โดยอาสาสมัครประจำศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่นซึ่งมีความรู้ ความสามารถด้านการให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรม เพื่อให้เยาวชนได้ฝึกคิดแก้ปัญหา พัฒนาEQ / ร่วมกิจกรรมเสริมทักษะเชิงสร้างสรรค์เพื่อสร้างสุขและการบริหารจัดการด้านอื่นๆ ภายในศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น

	<p>กิจกรรมบริการ ประกอบด้วย</p> <p>บริการให้คำปรึกษา (Counseling) มีบริการใน 2 ลักษณะ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บริการปรึกษารายบุคคล หรือรายกลุ่ม (Walk in) - บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ (Phone in) <p>บริการฝึกคิดแก้ปัญหา พัฒนา EQ บริการด้วยกิจกรรม 2 ลักษณะ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self Study) - กิจกรรมกลุ่ม (Group Activities) <p>บริการกิจกรรมเสริมทักษะเชิงสร้างสรรค์เพื่อสร้างสุข เป็นการให้บริการแนะนำ และฝึกสอนกิจกรรมต่างๆ ตามความสนใจของเยาวชน เพื่อเสริมสร้างศักยภาพ/ความมีคุณค่าของตนเอง โดยอาสาสมัครที่มีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้าน เช่น ดนตรี กีฬา ศิลปะ ร้องเพลง เต้น/รำ Talk DJ และอื่นๆ เป็นต้น</p> <p>๑ มีชมรม TO BE NUMBER ONE กำนันผู้ใหญ่บ้านต้นแบบ หมายถึง</p> <p>(1.)ชมรม TO BE NUMBER ONE ในชุมชนหรือในสถานศึกษาหรือในสถานประกอบการ ที่ได้ดำเนินกิจกรรมตามองค์ประกอบ 3 ก. คุณภาพตามเกณฑ์ (มี กรรมการ กิจกรรม กองทุน) โดยมีเยาวชนเป็นผู้ดำเนินการ ผู้ใหญ่ให้คำปรึกษาและสนับสนุน โดยดำเนินกิจกรรมตามหลัก 3ย. (ยุทธศาสตร์โครงการ TO BE NUMBER ONE)</p> <p>(2)ชมรมที่ได้รับการคัดเลือกเป็นตัวแทนระดับอำเภอ</p> <p>(3)ชมรมที่เข้มแข็งมีกิจกรรมส่งเสริมเด็กและเยาวชนไม่ข้องเกี่ยวกับยาเสพติดอย่างต่อเนื่อง</p> <p>(4.)มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ,ภาคเอกชนและท้องถิ่น</p>
ผลงานย้อนหลัง	<p>ปี2557 มีสมาชิก TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 99.23</p> <p>ปี2558 มีสมาชิก TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 99.08</p> <p>ปี2559 มีสมาชิก TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 99.50</p> <p>ปี2560 มีสมาชิก TO BE NUMBER ONE ร้อยละ 99.60</p> <p>จำนวนผู้เสพยาเสพติดรายใหม่อายุน้อยกว่า 24 ปีลดลง</p> <p>ปี 2557 มีผู้ป่วยยาเสพติดรายใหม่ จำนวน 2,267 ราย</p> <p>ปี 2558 มีผู้ป่วยยาเสพติดรายใหม่ จำนวน 2,087 ราย</p> <p>ปี 2559 มีผู้ป่วยยาเสพติดรายใหม่ จำนวน 1,280 ราย</p> <p>ปี 2560 มีผู้ป่วยยาเสพติดรายใหม่ จำนวน 833 ราย (ผลงาน เดือน ตค.59 – เมย.60)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เยาวชนอายุ 6 – 24 ปี ทุกอำเภอ 32อำเภอ
แหล่งข้อมูลและการจัดเก็บ	แบบสำรวจผลการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ปีละ1ครั้ง
สูตรคำนวณ	<p><u>จำนวนเยาวชนอายุ 6-24 ปีเป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE X100</u></p> <p>จำนวนเยาวชนอายุ 6-24 ปีทั้งหมด</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานทะเบียนมเบอร์วัน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ยาเสพติด สุขภาพจิต 044-465010 -4 ต่อ 308,465
ชื่อผู้ประสานงาน/เบอร์โทรศัพท์	นิชัญญา ศรีเนตร์ E-mail nichanya@hotmail.com 096-1932261

3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน

10. ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ

ตัวชี้วัดที่10	ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน(อายุ 18 ปี- 59 ปี 11 เดือน 29 วัน) มีค่าดัชนีมวลกายปกติ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 55
ความหมาย/คำนิยาม	ประชาชนวัยทำงานหมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี- 59 ปี 11 เดือน 29 วัน ดัชนีมวลกายปกติหมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 กก./ ตรม.
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี2560 ร้อยละ48.86
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนวัยทำงาน อายุ 18 ปี - 59 ปี 11 เดือน 29 วัน
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บ ข้อมูล	-สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง รพช./รพสต. -รพช./รพ.สต. บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานวัยทำงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/ Email	นางจงกล ศักดิ์ตระกูล 0 4446 5010 ต่อ 312 มือถือ 08 9424 3178 raipoogkorat@gmail.com

4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ

11. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัดที่ 11	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 60
ความหมาย / คำนิยาม	<p>ร้อยละของมีตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 10 ข้อ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อสค.) 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) และเยี่ยมตาม Care Plan 7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล ประชุมอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง และพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน LTC ตาม Care Plan รายบุคคล 8. มีระบบการจัดการข้อมูล โดยใช้ โปรแกรม thaiCOC ข้อมูลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เปรียบเทียบกับผลงานย้อนหลังที่ปีที่ผ่านมา 9. มีศูนย์ LTC ในรพศ./รพท./รพช. และมีการระบบการเยี่ยมอุปกรณ์และสอนให้กับญาติผู้ป่วย 10. มีการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม (thaiphc.net) <p>หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ - มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.
ผลงานย้อนหลัง3ปี	<p>ปี 2559 พื้นที่ดำเนินการ 96 ตำบล ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95</p> <p>ปี 2560 พื้นที่ดำเนินการ 144 ตำบล ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตำบลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบล Long Term Care
แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>- แบบรายงานตำบล Long Term Care</p> <p>- www.thaiphc.net (ตำบลจัดการสุขภาพระดับดีเยี่ยม)</p>
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	<p>A = จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์ 10 ข้อ</p> <p>B = จำนวนตำบลที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับ</p>

	<p>ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบล Long Term Care</p> <p>= $A / B \times 100$</p>
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	<p>งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ งานสร้างสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน / โทรศัพท์/e-mail	<p>1. คุณจักรพงษ์ รวิยะวงศ์ งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ 081 266 3235 , 044 465010 ต่อ 315 e-mail : pcukorat@gmail.com</p> <p>2. คุณอัญชัญ เค็มกระโทก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 089- 865-8631 โทร.044-465010-4 ต่อ 309e-mail : pcukorat@gmail.com</p> <p>3. คุณสิทธิศักดิ์ ปาละนันท์นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 089- 849-3034 โทร.044-465010-4 ต่อ 309e-mail : vhv3001@gmail.com</p>

12. ร้อยละของ Healthy Ageing บุรณาการกับ

แผนงานที่ 2 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

5 *1. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB)

13. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างคุณภาพ ขึ้น 4 ขึ้นไป 80 %

ตัวชี้วัดที่ 13	<p>ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ที่มีคุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)ทุกอำเภอ - มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ที่มีคุณภาพร้อยละ 50
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 50
ความหมาย / คำนิยาม	<p>คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้กับชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมายทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะผู้นำร่วมกัน โดยบูรณาการและประสานกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี และเกิดความยั่งยืนสืบไป</p> <p>คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ตาม(ร่าง) ระเบียบสำนัก 2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินการและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย 2 ประเด็น ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS-PCA อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่
ผลงานย้อนหลัง ๓ ปี	<p>1. DHS – PCA ปี 2559 - ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 = ร้อยละ 84.37</p> <p>- ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 = ร้อยละ 15.62</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.)
แหล่งข้อมูล /การจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ(District Health Board : DHB) โดยผู้ว่าราชการจังหวัดฯ ลงนาม ประธาน : นายอำเภอ เลขานุการ : สาธารณสุขอำเภอ 2. มีการจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตของพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (พชอ.) “ประชารัฐภาคสังคม” บูรณาการการทำงานร่วมกันภาครัฐ+ภาคประชาชน +ภาคเอกชนกำหนดความต้องการ 3. จัดทำระบบ/ฐานข้อมูล เช่น เครือข่ายจิตอาสาประชารัฐอำเภอ,ผู้ยากลำบากและกลุ่มเปราะบาง,พื้นที่เสี่ยงพิบัติภัยชุมชน เป็นต้น 4. มีการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตดำเนินการตามแผน โดยคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ยากไร้ เด็กปฐมวัย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิต ปลอดภัยเหตุทางถนน ชยะ สิ่งแวดล้อม

	5. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้ประสานงาน / โทรศัพท์/e-mail	1. คุณจักรพงษ์ รวิยะวงศ์ งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ 081 266 3235 , 044 465010 ต่อ 315 e-mail : pcukorat@gmail.com 2. นางคณินิจ หุตะวัฒนะ งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ 081 7897390, 044 465010 ต่อ 315 e-mail : pcukorat@gmail.com

แผนงานที่ 3 : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (5 โครงการ 10 ตัวชี้วัด)

6. *1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ

14. ร้อยละของจังหวัดที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

ตัวชี้วัดที่ 14	ร้อยละของอำเภอที่มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง			
เป้าหมาย (เกณฑ์)	ทุกอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ร้อยละ 85			
ความหมาย/ คำนิยาม	<p>ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย</p> <p>ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ</p> <p>ทีมปฏิบัติการ/ส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) หมายถึง ทีมภาคสนามที่สามารถลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคและภัยสุขภาพที่ลงปฏิบัติการ เช่น MERT, mini MERT, EMS, MCAT, CDCU/SRRT ฯ</p> <p>Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมายระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ</p>			
ผลงาน 3 ปี	ปี พ.ศ.	พ.ศ.2557	พ.ศ.2558	พ.ศ.2560
ย้อนหลัง	ผลงาน (จังหวัด)	-	-	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จำนวน
กลุ่มเป้าหมาย	อำเภอทุกอำเภอ			
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ			
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนอำเภอที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง B = จำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัด			
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานวิจัย และโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			
ผู้ประสานงาน/ตัวชี้วัด	1.นางสาวทิพวรรณ ศรีธรรมาศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 044-465010 ต่อ 450 Email : DHFKORAT@gmail.com 2.นางสาวนราวดี ขำพรมราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3. นางสาวกษมา แดงพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			

15. ร้อยละคลินิก อดบุหรี่คุณภาพใน รพช./รพท. ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ 15	คลินิก อดบุหรี่คุณภาพใน รพช./รพท. ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐาน
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ร้อยละ 60
ความหมาย/นิยาม	คลินิกอดบุหรี่ คือการจัดบริการช่วยเหลือบุหรี่ ให้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่สูบบุหรี่ และผู้ที่ต้องการเลิกสูบบุหรี่ ได้รับบริการบำบัดรักษาตามแนวทางการดูแลบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ ตามเกณฑ์มาตรฐาน และเป็นการป้องกันและบรรเทาอาการรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยกลุ่มนี้
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า ๑๕ปี ในเขตรับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แห่งของสถานพยาบาล
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการติดตามและฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ๔๓ แห่งของสถานพยาบาล
สูตรการคำนวณ	$A/B \times 100$ A= จำนวน รพช./รพท. ที่ดำเนินการคลินิกอดบุหรี่คุณภาพผ่านเกณฑ์ B= จำนวน รพท./รพช. ทั้งหมดในจังหวัดนครราชสีมา
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
ผู้รับผิดชอบ	นาริสา ศรีพรหม ๐๘ ๒๗๕๐ ๐๒๑๖ narisasriprom@gmail.com

17. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกัน แก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตัวชี้วัดที่ 17	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี			
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80			
ความหมาย/นิยาม	<p>1. มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับด้วยอุจจาระในประชาชน 15 ปีขึ้นไป โดยต้องผ่านการคัดกรองด้วยวาจาว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>2. ประชาชนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้รับการรักษาและติดตามปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>โดยตำบลมีการดำเนินงานตามมาตรการตำบลจัดการสุขภาพ OVCCA ครบทั้ง 5 มาตรการคือ</p> <p>มาตรการที่ 1 การจัดการสิ่งแวดล้อม : ตำบลจัดการสุขภาพแบบครบวงจร</p> <p>มาตรการที่ 2 การควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ : ตรวจค้นหาไขพยาธิเพื่อนำสู่การรักษา</p> <p>มาตรการที่ 3 การวินิจฉัยรักษามะเร็งท่อน้ำดี : ตรวจคัดกรอง U/S วินิจฉัยรักษา</p> <p>มาตรการที่ 4 การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน : ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์ในชุมชน</p> <p>มาตรการที่ 5 การรณรงค์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสื่อสารความเสี่ยง</p>			
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	Baseline □ata	หน้า □ ยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
	-	-	-	3 ตำบล (2,715 ราย) 10□%
				7 ตำบล (3,671 ราย) 101.40%
แหล่งข้อมูล	<p>1. จำนวนตำบลที่ดำเนินงานคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <p>2. จำนวนตำบลเป้าหมาย 32 ตำบล ใช้ข้อมูลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (32 อำเภอ)</p> <p>3. ฐานข้อมูล Isan-cohort คือโปรแกรมฐานข้อมูลผลการดำเนินงานตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ทั่วายเป็นพระราชกุศลฯ</p>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$C = (A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนประชาชน 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ</p> <p>B = จำนวนประชากร 15 ปีขึ้นไป ของตำบลที่เข้าร่วมโครงการตำบลจัดการสุขภาพ OVCCA</p> <p>C = ร้อยละประชากร 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ</p>			
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด เบอร์โทร	<p>นางธณัฏมณท์ ภาณุพรพงษ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-465010 โทรศัพท์มือถือ : 095-5435143</p> <p>โทรสาร : 044-465021 E-mail : CAKORAT2016@gmail.com</p>			

18. 3) ร้อยละของอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งผ่านเกณฑ์แบบยั่งยืน 80%

ตัวชี้วัดที่ 18	อำเภอผ่านเกณฑ์การดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ร้อยละ 80			
เกณฑ์เป้าหมาย	ทุกอำเภอผ่านเกณฑ์ DHS ในระดับ 4 และต้องผ่านมาตรฐานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งตามคุณลักษณะอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ตามคุณลักษณะข้อ 2 ข้อ ร้อยละ 90			
ความหมาย/นิยาม	ร้อยละ 100 ของอำเภอ/ของตำบล มีการดำเนินงานอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน หมายถึง ทุกอำเภอ และทุกตำบลมีระบบ และกลไกการบริหารจัดการการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมีผลสำเร็จทันสถานการณ์ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน			
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี พ.ศ.	พ.ศ.2557	พ.ศ.2558	พ.ศ.256
	ผลงาน (จังหวัด)	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จำนวน 32 อำเภอ	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จำนวน 32 อำเภอ	ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 จำนวน 32 อำเภอ
กลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ และทุกตำบล			
แหล่งข้อมูล	ระบบข้อมูลของกรมควบคุมโรค / รายงาน 506 /31 แฟ้ม, 43 แฟ้ม /Folder/Nap Program /TBCM (TB)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. $\frac{\text{(จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตามคุณลักษณะ 2 ข้อ ร้อยละ 90 X 100)}}{\text{จำนวนอำเภอ 32 อำเภอ}}$ 2. $\frac{\text{(จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินมาตรฐานตามคุณลักษณะ 2 ข้อ ร้อยละ 90 X 100)}}{\text{จำนวนตำบลทั้งหมด (286 ตำบล)}}$			
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานวิจัย และโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัดเบอร์โทร	ผู้รับผิดชอบ 1.นางสาวทิพวรรณ ศรีธรรมาศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 044-465010 ต่อ 450 Email : DHFKORAT@gmail.com 2.นางสาวนราวดี ขำพรมราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3. นางสาวกษมา แต่งพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			

18.1 อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง

ตัวชี้วัดที่ 18.1	อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราป่วยลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2556-2560) มากกว่า ร้อยละ 20 (ปี 2561)
ความหมาย/นิยาม	<p>อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (2555-2559) ตามปีปฏิทิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS) 2. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือนมกราคม – กรกฎาคม 2561 \times 100,000 / จำนวนประชากรกลางปี 2560 3. ค่ามัธยฐาน (Median) ย้อนหลัง 5 ปี หมายถึง ค่ากลางที่ได้จากการเรียงลำดับข้อมูลอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นรายเดือน (มกราคม-กรกฎาคม) ตั้งแต่ปี 2555 -2560 ตามปีปฏิทิน 4. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 1 เดือน \times 100,000 / จำนวนประชากรกลางปีเดียวกัน 5. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ปี พ.ศ.2561 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง มากกว่า ร้อยละ 20) 6. อำเภอ/ตำบลมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในตำบลเสี่ยงสูงทุกตำบล <ul style="list-style-type: none"> แนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน คือ แนวทางที่สำนักโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค จัดทำขึ้น เพื่อให้ตำบลนำไปดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 6.1 ความร่วมมือจากภาคส่วนต่าง ๆ <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการระดับตำบลที่มาจากภาคส่วนต่างๆ 2. มีการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคไข้เลือดออก 3. มีการสำรวจความพร้อมการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 6.2 มีการเฝ้าระวังสถานการณ์ <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการเฝ้าระวังสถานการณ์โรคไข้เลือดออก 2. มีการเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำยุงลาย 6.3 การวางแผนและดำเนินการ <p>(ประกอบด้วย พื้นที่เป้าหมาย/ วิธีดำเนินการ/ ความถี่/ ผู้ดำเนินการ/ผู้สนับสนุน/ สิ่งสนับสนุน/ วิธีการประเมินผล/ ผู้ประเมินผล/ความถี่การประเมินผล)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบล เช่น แผนการดำเนินงานในพื้นที่เสี่ยง/พื้นที่ไม่เสี่ยง, แผนดำเนินงานในช่วงก่อน/ระหว่าง/หลังระบาด ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ 2. มีการวางแผนการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน (ประกอบด้วย พื้นที่เป้าหมาย/ วิธีการดำเนินการ/ ความถี่/ ผู้ดำเนินการ/ผู้สนับสนุน/ สิ่งสนับสนุน/ วิธีการประเมินผล/ ผู้ประเมินผล/ความถี่การประเมินผล) 3. มีการวางแผนในการระดมและบูรณาการทรัพยากร ในการควบคุมโรคไข้เลือดออก ของหน่วยงานเครือข่ายตั้งแต่ 2 หน่วยงานขึ้นไป

	<p>4. มีการใช้ทรัพยากรของเครือข่ายทุกภาคส่วนในตำบล เพื่อการควบคุมโรคไข้เลือดออก</p> <p>6.4 มีการดำเนินการควบคุมโรคไข้เลือดออกตามมาตรฐาน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความทันเวลาของการได้รับแจ้งเมื่อมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 2. ความครบถ้วนของการสอบสวนผู้ป่วยรายแรก(Index case)ของทุกเหตุการณ์ระดับหมู่บ้าน 3. ความพร้อมของทีมควบคุมโรคระดับตำบล 4. ความทันเวลาในการควบคุมแหล่งแพร่โรค 5. ความครอบคลุมในการควบคุมแหล่งแพร่โรค <p>6.5 การประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินผลลัพธ์การควบคุมพาหะ (output) – ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย (ค่า HI/CI) ในชุมชน โรงพยาบาล โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก วัด/มัสยิด 2. ประเมินผลกระทบต่อการลดโรค (impact) - มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรค ไข้เลือดออก ภาพรวมในระดับตำบล <p>หมายเหตุ :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หากไม่สามารถหาค่าประชากรกลางปีของปีปัจจุบันได้ ให้ใช้ค่าประชากรกลางปีย้อนหลัง 1 ปี
--	---

ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี พ.ศ.	พ.ศ.2557	พ.ศ.2558	พ.ศ.2559	พ.ศ 2560 (ข้อมูลถึง กค 2560)
	ผลงาน (จังหวัด)	ป่วย 900 อัตราป่วย 34.51 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรค ไข้เลือดออก ลดลง มากกว่า ร้อยละ 4	ป่วย 7,238 อัตราป่วย 276.84 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรค ไข้เลือดออกไม่ลดลง	ป่วย 660 อัตราป่วย 25.15 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยโรค ไข้เลือดออกลดลง มากกว่า ร้อยละ 12	ป่วย 853 อัตราป่วย 32.45ต่อ แสนประชากร อัตราป่วยโรค ไข้เลือดออกลดลง มากกว่า ร้อยละ 73

กลุ่มเป้าหมาย

แหล่งข้อมูล

จัดทำฐานข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน และรายปี ย้อนหลัง 5 ปี โดย

1. เก็บข้อมูลผู้ป่วยจากรายงาน 506 ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานมายังสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
2. รวบรวมข้อมูล Confirmed case แจกแจงเป็นรายเดือนและรายปี ตั้งแต่ปีพ.ศ.2556 – 2560
3. สาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

1. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2561
= $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเดือนมกราคม - กรกฎาคม 2561} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี 2560}}$
2. ค่ามัธยฐานอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ย้อนหลัง 5 ปี
= ค่ามัธยฐานของอัตราป่วย 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2556-2560 : ตั้งแต่เดือนมกราคม-กรกฎาคม)
3. ร้อยละของอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน
= $(\text{ข้อ 1} - \text{ข้อ 2}) \times 100$ (ค่าที่ได้อาจมีเครื่องหมายติดลบ*)

ข้อ 2

* เครื่องหมาย - (ติดลบ) หมายถึง การลดลง
+ (บวก) หมายถึง เพิ่มขึ้น

	<p>4.อำเภอ/ตำบลมีแผนการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตาม แนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในตำบลเสี่ยงสูงทุกตำบล</p> <p>4.1 อำเภอมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตาม แนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานในระดับตำบล คิดเป็น</p> $\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ตำบลเสี่ยงสูงที่ได้รับการประเมิน} \times 100}{\text{จำนวนตำบลเสี่ยงสูงทั้งหมด}}$ <p>4.2 ตำบลมีการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกตามแนวทางการจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสานได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> $\text{คะแนน} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนของตำบลเสี่ยงสูงทั้งหมดที่อำเภอประเมิน}}{\text{จำนวนตำบลเสี่ยงสูงทั้งหมดที่ดำเนินการ}}$ <p>คะแนนรวมของตัวชี้วัด (คะแนนเต็ม 1 คะแนน)</p> <p>= คะแนนข้อ 1 + คะแนนข้อ 2</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานวิจัยและโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัดเบอร์โทร	<p>ผู้รับผิดชอบ</p> <p>1.นางสาวทิพวรรณ ศรีธรรมาศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 044-465010 ต่อ 450 Email : DHFKORAT@gmail.com</p> <p>2.นางสาวนราวดี ขำพรมราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>3. นางสาวกษมา แต่งพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p>

18.2 อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระดับอำเภอ

ตัวชี้วัดที่ 18.2	อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระดับอำเภอ			
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ระดับอำเภอ ต่ำกว่าค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี			
ความหมาย/นิยาม	<p>โรคมือ เท้า ปาก เกิดจากเชื้อไวรัสในกลุ่ม Enterovirus ซึ่งพบเฉพาะในมนุษย์เท่านั้น เชื้อที่พบเป็นสาเหตุบ่อยที่สุด ได้แก่ Enterovirus 71 Coxsackie virus group A, B และ Echovirus โรคนี้พบบ่อยในเด็กทารก และเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทั่วไปโรคนี้อาการไม่รุนแรง มีลักษณะอาการไข้ มีแผลเปื่อยหลายแผลในปาก และ มีอาการเจ็บร่วมกับมีตุ่มน้ำพองขนาดเล็กที่ฝ่ามือ นิ้วมือ ฝ่าเท้า และบางครั้งอาจมีปรากฏที่ก้น มักป่วยนานประมาณ 7-10 วันและหายได้เอง</p> <p>หมายเหตุ:</p> <ul style="list-style-type: none"> - อัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในที่นี้กำหนดเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (เนื่องจากเป็นโรคติดเชื้อที่พบบ่อยในเด็กทารกและเด็กเล็ก) - ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคมือ เท้า ปาก ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี - ค่ามัธยฐานของอัตราป่วยโรคมือ เท้า ปากย้อนหลัง 5 ปี หมายถึง ค่ามัธยฐานของอัตราป่วยโรคมือ เท้า ปาก ตามปฏิทิน ปี 2556-2560 			
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี พ.ศ.	พ.ศ.2558	พ.ศ.2559	พ.ศ. 2560
	ผลงาน (จังหวัด)	ป่วย 1,610 อัตราป่วย 61.58 ต่อแสนประชากร	ป่วย 1,565 อัตราป่วย 59.64 ต่อแสนประชากร	ผู้ป่วย 1,724 อัตราป่วย 65.58 ต่อแสนป่วยประชากร
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลางปีของเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี ในระดับอำเภอ			
แหล่งข้อมูล	1.รายงานระบบการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล 2.รายงาน 506/507 ในระบบของศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอหรือระดับจังหวัด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><u>ขั้นที่ 1</u> การคำนวณอัตราป่วย</p> <p>อัตราป่วย = $\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคมือเท้าปากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในอำเภอ} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปีของกลุ่มอายุต่ำกว่า 5 ปี}}$</p> <p><u>ขั้นที่ 2</u> การคำนวณการลดโรค</p> <p>ร้อยละของการลดโรค = $\frac{\text{อัตราป่วย ณ ปัจจุบัน} - \text{ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี}}{\text{ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี}} \times 100$</p>			
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานวิจัยและโรคติดต่อ นำโดยแมลง อาหารและน้ำ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัดเบอร์โทร	<p>ผู้รับผิดชอบ</p> <p>1. นางสาวทิพวรรณ ศรีทรมาศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 044-465010 ต่อ 450 Email : DHFKORAT@gmail.com</p> <p>2. นางสาวนราวดี ขำพรมราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>3. นางสาวกษมา แดงพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p>			

18.3 อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคอาหารเป็นพิษในระดับอำเภอน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

ตัวชี้วัดที่ 18.3	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และโรคอาหารเป็นพิษในระดับอำเภอน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง			
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหรือโรคอาหารเป็นพิษในระดับอำเภอน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง(อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน)			
ความหมาย/นิยาม	<p>อุจจาระร่วงเฉียบพลันหมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวันหรือมากกว่าหรือถ่ายมีมูกหรือปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป</p> <p>โรคอาหารเป็นพิษ หมายถึง อาการป่วยที่เกิดจากการกินอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส พยาธิ ตลอดจนการปนเปื้อนของ พิษจากพืช (เห็ดพิษ สับดูดำ มะกั่ว) หรือสัตว์บางชนิด (ปลาปักเป้า แมงดาทะเล ปลาทะเลบางชนิด และคางคก) ยกเว้นพิษที่เกิดจากยา/โลหะหนัก/ยาฆ่าศัตรูพืช</p> <p>จำนวนป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหรือโรคอาหารเป็นพิษ หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หรือ โรคอาหารเป็นพิษตามปีปฏิทิน</p> <p>อัตราป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหรือโรคอาหารเป็นพิษ สามารถคำนวณจากจำนวนผู้ป่วยของโรคนั้นๆ ตามปีปฏิทิน คูณด้วย 100,000หารด้วยจำนวนประชากรกลางปี</p> <p>อัตราป่วยในระดับอำเภอไม่เกินค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง โดยคำนวณจากค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลังตามปีปฏิทินเช่น ปี 2560 จะใช้ค่ามัธยฐานจากปี 2556-2560</p> <p>การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หรือ โรคอาหารเป็นพิษได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3 ข้อ หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรค / ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค 2.มีแผนงาน/โครงการ 3.มีการดำเนินการ 			
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี พ.ศ.	พ.ศ.2558	พ.ศ.2559	พ.ศ.2560
	โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ผลงาน	ป่วย 35,360 อัตราป่วย 1,352.43 ต่อแสนประชากร< ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ป่วย 21,346 อัตราป่วย 799.45ต่อแสนประชากร.< ค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง	ป่วย 16,851 อัตราป่วย 640.97ต่อแสนประชากร< ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
	โรคอาหารเป็นพิษ ผลงาน	ป่วย 3,596 อัตราป่วย 137.54 ต่อแสนประชากร< ค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง	ป่วย 2,501 อัตราป่วย 93.67 ต่อแสนประชากร< ค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง	ป่วย 1,803 อัตราป่วย 68.54 ต่อแสนประชากร< ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หรือ โรคอาหารเป็นพิษ			
แหล่งข้อมูล	รายงานตามแบบบัตร รง.506 และ รง.507 ในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และประชากรกลางปี ของกระทรวงมหาดไทย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>จำนวนผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หรือ โรคอาหารเป็นพิษ \times 100,000</p> <p>จำนวนประชากรกลางปี</p> <p>หมายเหตุ: กรณีเดือนที่ผู้ประเมินเข้าประเมิน ยังไม่ถึงเดือนธันวาคม เช่นเข้าประเมินเดือน พฤษภาคม2560 ให้ใช้อัตราป่วยของปี 2560 ตั้งแต่เดือน มกราคม – เมษายน 2560 เทียบกับค่ามัธยฐานของอัตราป่วยย้อนหลัง 5 ปีของ</p>			

	ช่วงเวลาเดียวกัน คือระหว่างเดือน มกราคม – เมษายนของปี 2555-2559 แทน
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานวิจัย และโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด เบอร์โทร	ผู้รับผิดชอบ 1.นางสาวทิพวรรณ ศรีธรรมาศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 044-465010 ต่อ 450 Email : DHFKORAT@gmail.com 2.นางสาวนราวดี ขำพรมราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 3. นางสาวกษมา แต่งพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

18.4 อัตราป่วยโรคอหิวาตกโรค ในระดับอำเภอน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง

ตัวชี้วัดที่ 18.4	อัตราป่วยโรคอหิวาตกโรค ในระดับอำเภอน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง			
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราป่วยโรคอหิวาตกโรคในระดับอำเภอน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง(อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน)			
ความหมาย/นิยาม	<p>อหิวาตกโรค หมายถึง ภาวะที่มีการถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก มีเนื้ออุจจาระน้อยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันการติดเชื้อง่อนโรคอหิวาตกโรคเกิดจากการติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง ทาง Fecal- oral-route หรือโดยการกินอาหาร หรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ Vibrio cholerae O1 หรือ O 139 ทำให้เกิดโรค จึงทำให้เกิดการติดต่อแบบสัมผัสโดยตรง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อง่าย ได้แก่ อายุน้อย ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ภาวะทุพโภชนาการ การเดินทางไปยังแหล่งที่มีการระบาดของเชื้อ การไม่ได้รับนมแม่ อนามัยส่วนบุคคลไม่ดีการกินอาหารหรือดื่มน้ำที่ปนเปื้อน</p> <p>โรคอหิวาตกโรค ที่ใช้อธิบายถึงอาการป่วยที่เกิดจากการกินอาหารหรือน้ำที่ปนเปื้อนเชื้อ Vibrio cholerae O1 ผู้ป่วยถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก มีเนื้ออุจจาระน้อยเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันร่วมกับมีอาการและอาการแสดงของการขาดน้ำอย่างรวดเร็วและรุนแรงอาจมีคลื่นไส้ อาเจียน ส่วนใหญ่ไม่มีไข้ ไม่ปวดท้อง</p> <p>อัตราป่วยโรคอหิวาตกโรค หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคอหิวาตกโรคต่อประชากรแสนคน ตามปีปฏิทิน ซึ่งสามารถคำนวณจากจำนวนผู้ป่วย คูณด้วย 100,000หารด้วยจำนวนประชากรกลางปี</p> <p>อัตราป่วยในระดับอำเภอไม่เกินค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง โดยคำนวณจากค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลังตามปีปฏิทิน เช่น ปี 2561 จะใช้ค่ามัธยฐานจากปี 2556-2560</p>			
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี พ.ศ.	พ.ศ.2557	พ.ศ.2558	พ.ศ.2560
	ผลงาน (จังหวัด□)	ป่วย 1คน อัตราป่วย 0.04 ต่อแสน ประชากร. >ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	ไม่มีผู้ป่วย <ค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง	ป่วย 1คน อัตราป่วย 0.04 ต่อแสน ประชากร. >ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทั่วไป			
แหล่งข้อมูล	รายงานตามแบบบัตร รง.506 และ รง.507 ในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และประชากรกลางปี ของกระทรวงมหาดไทย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1. อัตราป่วยโรคอหิวาตกโรค</p> $= \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคอหิวาตกโรคเดือนมกราคม – กรกฎาคม 2561} \times 100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี 2560}}$			
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานวิจัย และโรคติดต่อนำโดยแมลง อาหารและน้ำ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัดเบอร์โทร	<p>ผู้รับผิดชอบ</p> <p>1.นางสาวทิพวรรณ ศรีธรรมาศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 044-465010 ต่อ 450 Email : DHFKORAT@gmail.com</p> <p>2.นางสาวนราวดี ขำพรมราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>3. นางสาวกษมา แดงพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p>			

18.5 ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลที่มีการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลปลอดโรค

ตัวชี้วัดที่ 18.5	ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลที่มีการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนอนุบาลปลอดโรค				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐				
ความหมาย/นิยาม	<p>ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล หมายถึง ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอทั้งหมด</p> <p>ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลปลอดโรค หมายถึง ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลที่สามารถดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ข้อกำหนดของกรมควบคุมโรค หรือดำเนินงานตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลเพื่อให้เด็กที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลมีสุขภาพที่ดี มีพัฒนาการสมวัย ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อที่สามารถป้องกันได้ โดยใช้ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน ๓ ประการ คือ ครูผู้ดูแลเด็กมีสุขภาพและความรู้ดี บริหารจัดการดี และสภาพแวดล้อมดี รวมทั้งการพัฒนาศูนย์เด็กเล็กโรงเรียนอนุบาลให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์ข้อกำหนดของศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลคุณภาพ โดยใช้เกณฑ์การดำเนินงานที่เกิดจากการบูรณาการร่วมกับกรมอนามัย เพื่อยืนยันประสิทธิภาพการดำเนินงานของศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลในการดูแลป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และส่งเสริมสุขภาพที่ดีของเด็กในศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล</p>				
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี		ปี พ.ศ.	พ.ศ.2558	พ.ศ.2559	พ.ศ.2560
		ผลงาน	ไม่มีข้อมูล	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
กลุ่มเป้าหมาย	<p>1. เด็กอายุ 3-5 ปี ที่อยู่ในศูนย์เด็กเล็ก สังกัด สพฐ. และสังกัด อปท.</p> <p>2. เด็กอายุ 4-6 ปี ที่อยู่ในโรงเรียนอนุบาล สังกัด สพฐ. และสังกัด อปท.</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>1.รายงานระบบการป้องกันควบคุมโรคติดต่อในศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาล</p> <p>2.รายงาน ๕๐๖/๕๐๗ ในระบบของศูนย์ข้อมูลระดับอำเภอหรือระดับจังหวัด</p> <p>3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ความสำเร็จของการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียนอนุบาลปลอดโรคตามเกณฑ์การประเมินและผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>ตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานระดับอำเภอ</p> <p><u>จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่ดำเนินการได้ตามมาตรการที่กำหนด X๑๐๐</u></p> <p>จำนวนศูนย์เด็กเล็กทั้งหมดในอำเภอ</p> <p><u>จำนวนโรงเรียนอนุบาล ที่ดำเนินการได้ตามมาตรการที่กำหนด X๑๐๐</u></p> <p>จำนวนโรงเรียนอนุบาล ทั้งหมดในอำเภอ</p>				
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ / กลุ่มงานควบคุมโรค				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัดเบอร์โทร	<p>1.นางสาวทิพวรรณ ศรีธรรมาศ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร 044-465010 ต่อ 450 Email : DHFKORAT@gmail.com</p> <p>2.นางสาวนราวดี ขำพรมราช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ</p> <p>3. นางสาวกษมา แต่งพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p>				

18.6 มีการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ด้านความร่วมมือพหุภาคีระดับอำเภอ มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง 2 ข้อ

ตัวชี้วัดที่ 18.6	มีการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ด้านความร่วมมือพหุภาคีระดับอำเภอ มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง 2 ข้อ
เกณฑ์เป้าหมาย	มีการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ด้านความร่วมมือพหุภาคีระดับอำเภอ มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน ทั้ง 2 ข้อ
ความหมาย/นิยาม	การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ ด้านความร่วมมือพหุภาคีระดับอำเภอ เกณฑ์มาตรฐานในการพิจารณา ดังมีคุณสมบัติ 2 ข้อ ต่อไปนี้ 1. มีศูนย์ปฏิบัติการและคณะกรรมการอำนวยการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ ระดับอำเภอ 2. มีแผนปฏิบัติการบูรณาการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ ระดับอำเภอ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ 1) พหุภาคี หมายถึง หน่วยงานที่อยู่นอกสังกัด สสจ. ตั้งแต่ 2 หน่วยงานขึ้นไป
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	3. ผลงาน 1. มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคใช้หัตถ์ใหญ่ ด้านความร่วมมือพหุภาคีระดับอำเภอ 1.1มีแผนปฏิบัติการบูรณาการป้องกัน ควบคุมโรคใช้หัตถ์ใหญ่ระดับอำเภอ 100 % 1.2มีศูนย์ปฏิบัติการ/คกก.อำนวยการป้องกัน ควบคุมโรคใช้หัตถ์ใหญ่ระดับอำเภอและมีการประชุม100 %
แหล่งข้อมูล	1. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการฯ 2. แผนการปฏิบัติการบูรณาการป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ ระดับอำเภอ 3. รายงานการประชุมของศูนย์ปฏิบัติการฯ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ / กลุ่มงานควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัดเบอร์โทร	นางยุภาพร ราชวงศ์ นางสุภรณ์ เจริญวรรณวงศ์ 044465010-4 ต่อ418

18.7 การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 3 ข้อ

ตัวชี้วัดที่ 18.7	การดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย	มีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 3 ข้อ
ความหมาย/นิยาม	<p>การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>เกณฑ์มาตรฐานในการพิจารณา มีคุณสมบัติทั้ง 3 ข้อ ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. โรงพยาบาล มีระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการคล้ายใช้หัตถ์ใหญ่ 2. โรงพยาบาล มีแนวทางปฏิบัติการ เรื่อง การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและการดูแลรักษาโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ 3. โรงพยาบาล มีการสื่อสารความเสี่ยงเสนอผู้บริหาร และมีการแจ้งเตือน พร้อมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ แก่ประชาชนทั่วไป ที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือ สามารถตรวจสอบได้ (รายละเอียดตามเอกสารแนบ 2)
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<ol style="list-style-type: none"> 1 รพ.มีระบบการเฝ้าระวังผู้ป่วยอาการคล้ายใช้หัตถ์ใหญ่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 96.96 % 2 การคัดกรองผู้ป่วย 96.96 % . 3 มีการสำรองเวชภัณฑ์วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นตามเกณฑ์ 100 % 4 การจัดสถานที่แยกผู้ป่วย (ห้อง NEGATIVE PRESSURE) 97.87 % 5 การป้องกันการติดเชื้อของบุคลากร 100 %
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. รายงานการเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีอาการคล้ายใช้หัตถ์ใหญ่ 2. แนวทางปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือ สามารถตรวจสอบได้ 3. เอกสารการสื่อสารความเสี่ยงเสนอผู้บริหาร และมีการแจ้งเตือน พร้อมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์การป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งใช้หัตถ์ใหญ่ แก่ประชาชนทั่วไป ที่เป็นลายลักษณ์อักษร หรือ สามารถตรวจสอบได้
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ / กลุ่มงานควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัดเบอร์โทร	<p>นางยุภาพร ราชวงศ์</p> <p>นางสุภรณ์ เจริญวรรณวงศ์</p> <p>044465010-4 ต่อ418</p>

18.8 ร้อยละของประชาชนเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล มากกว่าร้อยละ 95 ของวัคซีนที่ได้รับการจัดสรร

ตัวชี้วัดที่ 18.8	ร้อยละของประชาชนเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล มากกว่าร้อยละ 95 ของวัคซีนที่ได้รับการจัดสรร
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าร้อยละ 95
ความหมาย/นิยาม	ประชาชนเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 โรค คือ หอบหืด ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หัวใจ หลอดเลือดสมอง ไตวาย เบาหวาน ผู้ป่วยมะเร็ง ที่ได้รับการรักษา ด้วยเคมีบำบัด ผู้สูงอายุ > 65 ปีขึ้นไป/หญิงตั้งครรภ์ > 4 เดือน/เด็กอายุ 6 เดือน-2 ปี ทุกคน / บุคลากรสาธารณสุข บุคลากรที่สัมผัสสัตว์ปีก ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี2556-2558ได้ร้อยละตามลำดับดังนี้ 96.26 94.83 93.79
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลใน 43 แพ้ม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A1/B 1 x 100 A1 =จำนวนประชาชนเป้าหมายที่ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล ที่อาศัยอยู่ในอำเภอ ที่ฉีดวัคซีนในงวดที่รายงาน B1 =จำนวนวัคซีนไขหวัดใหญ่ตามฤดูกาล ที่ได้รับจัดสรรทั้งหมด ในงวดที่รายงาน
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานโรคติดต่อฯโดยแมลง อาหารและน้ำ / กลุ่มงานควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางยุภาพร ราชวงศ์
เบอร์โทร	นางสุภรณ์ เจริญวรรณวงศ์

18.9 ทุก อบต. และเทศบาล ในระดับอำเภอ มีการดำเนินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 18.9	ทุก อบต. และเทศบาล ในระดับอำเภอ มีการดำเนินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด																																				
เกณฑ์เป้าหมาย	ทุก อบต. และเทศบาล ในระดับอำเภอ มีการดำเนินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด																																				
ความหมาย/นิยาม	<p>1. พื้นที่ หมายถึง พื้นที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ อบต. และเทศบาล</p> <p>2. แผนงาน/งบประมาณ/โครงการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง แผนงาน/งบประมาณ/โครงการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าตามคู่มือหลักเกณฑ์สร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies Free Area) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>3. กิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง กิจกรรมที่มีกลวิธีการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าตามคู่มือปฏิบัติการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า</p> <p>4. การจัดระดับพื้นที่ หมายถึง พื้นที่ที่ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มี 4 ระดับ คือ</p> <p>4.1 พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง พื้นที่ที่ไม่ปรากฏโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ทุกชนิด มีการเฝ้าระวังค้นหาโรคอย่างทั่วถึง มีมาตรการการควบคุมอื่นๆ อย่างต่อเนื่องและต้องมีการเฝ้าระวังการนำสัตว์เข้ามาในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพจนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ไม่พบคนและสัตว์เป็นโรคพิษสุนัขบ้าตลอดระยะเวลา 2 ปีติดต่อกัน</p> <p>4.2 ระดับ A หมายถึง พื้นที่ที่ไม่พบรายงานโรคพิษสุนัขบ้าในคนและในสัตว์ ตลอดระยะเวลา 2 ปี</p> <p>4.3 ระดับ B หมายถึง พื้นที่ที่ไม่พบรายงานโรคในคน ตลอดระยะเวลา 2 ปี</p> <p>4.4 ระดับ C หมายถึง พื้นที่ที่ยังมีรายงานคนและสัตว์เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าในระยะเวลา 2 ปีที่ผ่านมา</p> <p>5. หลักเกณฑ์การประเมินการสร้างพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า</p> <table border="1" data-bbox="453 1169 1461 2076"> <thead> <tr> <th rowspan="2">เกณฑ์การพิจารณา</th> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">พื้นที่ปลอดโรค</th> <th colspan="3">พื้นที่ควบคุมโรค</th> </tr> <tr> <th></th> <th>B</th> <th>C</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">1. โรคพิษสุนัขบ้าในคน</td> <td>จำนวนผู้เสียชีวิต</td> <td>ไม่มีผู้เสียชีวิตต่อเนื่อง 2 ปี</td> <td>ไม่มีผู้เสียชีวิต</td> <td>ไม่มีผู้เสียชีวิต</td> <td>ยังมีผู้เสียชีวิต</td> </tr> <tr> <td>ผู้เสียชีวิต/ผู้สงสัยทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ</td> <td>ทุกรายที่สงสัยได้รับการตรวจ</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">2. โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์</td> <td>จำนวนสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทางห้องปฏิบัติการ</td> <td>ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ</td> <td>ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ</td> <td>ตัวอย่างที่ส่งตรวจยังมีการพบเชื้อ</td> <td>ตัวอย่างที่ส่งตรวจยังมีการพบเชื้อ</td> </tr> <tr> <td>ระยะเวลาที่ตรวจไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์</td> <td>ไม่พบเชื้อต่อเนื่อง 2 ปี</td> <td>ไม่พบเชื้อในสัตว์</td> <td>ยังตรวจพบเชื้อ</td> <td>ยังตรวจพบเชื้อ</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 0.01 ของจำนวนสัตว์ในพื้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า</td> <td>ไม่พบเชื้อในสัตว์ในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี</td> <td>ไม่พบเชื้อในสัตว์ในพื้นที่</td> <td>-</td> <td>-</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์การพิจารณา	ตัวชี้วัด	พื้นที่ปลอดโรค	พื้นที่ควบคุมโรค				B	C	1. โรคพิษสุนัขบ้าในคน	จำนวนผู้เสียชีวิต	ไม่มีผู้เสียชีวิตต่อเนื่อง 2 ปี	ไม่มีผู้เสียชีวิต	ไม่มีผู้เสียชีวิต	ยังมีผู้เสียชีวิต	ผู้เสียชีวิต/ผู้สงสัยทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	ทุกรายที่สงสัยได้รับการตรวจ				2. โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์	จำนวนสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทางห้องปฏิบัติการ	ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ	ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ	ตัวอย่างที่ส่งตรวจยังมีการพบเชื้อ	ตัวอย่างที่ส่งตรวจยังมีการพบเชื้อ	ระยะเวลาที่ตรวจไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์	ไม่พบเชื้อต่อเนื่อง 2 ปี	ไม่พบเชื้อในสัตว์	ยังตรวจพบเชื้อ	ยังตรวจพบเชื้อ	ร้อยละ 0.01 ของจำนวนสัตว์ในพื้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า	ไม่พบเชื้อในสัตว์ในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี	ไม่พบเชื้อในสัตว์ในพื้นที่	-	-
เกณฑ์การพิจารณา	ตัวชี้วัด				พื้นที่ปลอดโรค	พื้นที่ควบคุมโรค																															
			B	C																																	
1. โรคพิษสุนัขบ้าในคน	จำนวนผู้เสียชีวิต	ไม่มีผู้เสียชีวิตต่อเนื่อง 2 ปี	ไม่มีผู้เสียชีวิต	ไม่มีผู้เสียชีวิต	ยังมีผู้เสียชีวิต																																
	ผู้เสียชีวิต/ผู้สงสัยทุกรายได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ	ทุกรายที่สงสัยได้รับการตรวจ																																			
2. โรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์	จำนวนสัตว์ที่ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าทางห้องปฏิบัติการ	ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ	ทุกตัวอย่างที่ส่งตรวจไม่พบเชื้อ	ตัวอย่างที่ส่งตรวจยังมีการพบเชื้อ	ตัวอย่างที่ส่งตรวจยังมีการพบเชื้อ																																
	ระยะเวลาที่ตรวจไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์	ไม่พบเชื้อต่อเนื่อง 2 ปี	ไม่พบเชื้อในสัตว์	ยังตรวจพบเชื้อ	ยังตรวจพบเชื้อ																																
	ร้อยละ 0.01 ของจำนวนสัตว์ในพื้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ และไม่พบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า	ไม่พบเชื้อในสัตว์ในพื้นที่ติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี	ไม่พบเชื้อในสัตว์ในพื้นที่	-	-																																

	3. สํารวจ สัตว์	มีการสำรวจจํานวนสุนัข ทั้งหมด	ครอบคลุมทุก พื้นที่	ครอบคลุมทุกพื้นที่ <input type="checkbox"/>		
	4. การฉีดวัคซีน ป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในสัตว์	ร้อยละสุนัขได้รับการฉีด วัคซีนของจํานวนสุนัข ทั้งหมด	ร้อยละ 80 ขึ้น ไป	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	-	-
	5. การควบคุมจํานวนสุนัข	ร้อยละสุนัขได้รับการขึ้นทะเบียนของจํานวนสุนัข ทั้งหมด	ร้อยละ 80 ขึ้น ไป	-	-	-
		จํานวนสุนัขไม่มีเจ้าของ ในที่สาธารณะ	ไม่มี	มี	มี	มี
		มีการเผาระวังการเคลื่อนย้ายสุนัขเข้าออก ในพื้นที่	มี	-	-	-
	6. ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า หมายถึง ผู้ที่สัมผัสกับสัตว์หรือผู้ป่วยที่ได้รับการพิสูจน์หรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้า รวมถึงกรณีที่สัตว์หนีหายและสัตว์ไม่ทราบประวัติ					
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	มีการจัดระดับความเสี่ยงต่อโรคพิษสุนัขบ้าของพื้นที่ระดับตำบล ระดับA 85 ตำบล ระดับB 248 ตำบล ระดับC 0 ตำบล					
แหล่งข้อมูล	1. สาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทศบาล/อบต. 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาล					
สูตรคํานวณตัวชี้วัด	-					
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ / กลุ่มงานควบคุมโรค					
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด เบอร์โทร	นางยุภาพร ราชวงศ์ นางสุภรณ์ เจริญวรรณวงศ์ 044465010-4 ต่อ418					

18.10 อัตราป่วยตายด้วยโรคหูดับ น้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

ตัวชี้วัดที่ 18.10	อัตราป่วยตายด้วยโรคหูดับ น้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราป่วยตายด้วยโรคหูดับ น้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
ความหมาย/นิยาม	โรคหูดับ หมายถึง โรคที่เกิดจากเชื้อ Streptococcus suis เป็นเชื้อแบคทีเรียชนิดกรัมบวกมักพบในหมู การติดเชื้อจากหมูไปสู่คนเกิดจากการสัมผัสโดยตรง เช่น ติดทางบาดแผลที่ผิวหนัง การกินเนื้อหรือเลือดหมูที่ไม่สุก การติดเชื้อทางการหายใจมีโอกาสน้อย และไม่รุนแรงเท่าการติดเชื้อโดยการสัมผัสโดยตรง อาการที่พบ ได้แก่ เยื่อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลัน มีไข้ ปวดศีรษะ คอแข็ง บางรายเป็นไขร่วมกับมีผื่น หลอดเลือดอักเสบ และอุจจาระร่วง บางรายติดเชื้อในกระแสเลือดอย่างรุนแรง บางรายติดเชื้อในเยื่อหุ้มหัวใจแบบกึ่งเฉียบพลัน ผู้ป่วยที่รอดชีวิตบางรายยังคงมีความพิการหลงเหลืออยู่ เช่น หูหนวกทั้ง 2 ข้าง และเป็นอัมพาตครึ่งซีก อัตราป่วยตายด้วยโรคหูดับ = (อัตราป่วย/อัตราตาย) x 100 (เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปีของอัตราป่วยตายภายในอำเภอนั้น) ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง คือ ค่าที่อยู่ตรงกลางเมื่อนำข้อมูลอัตราป่วยตายด้วยโรคหูดับ มาเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก (5 ปีย้อนหลัง)
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ผู้ป่วยโรคหูดับ 44 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 1.68 ต่อประชากรแสนคน มีผู้เสียชีวิต 5 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.19 ต่อแสนประชากรแสนคน อัตราป่วยตายเท่ากับ 11.36
แหล่งข้อมูล	รายงานสถานการณ์โรคจากอำเภอและระบบเฝ้าระวังโรค รง. 506/รง.507
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราป่วยตายด้วยโรคหูดับ = (อัตราป่วย/อัตราตาย) x 100 (เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปีของอัตราป่วยตายภายในอำเภอนั้น)
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ / กลุ่มงานควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด เบอร์โทร	นางยุภาพร ราชวงศ์ นางสุภรณ์ เจริญวรรณวงศ์ 044465010-4 ต่อ418

18.11 จำนวน อบต./เทศบาล ที่มีการสร้างเครือข่ายด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรค เลปโตสไปโรสิสอย่าง
น้อย 2 แห่งใน 1 อำเภอ

ตัวชี้วัดที่ 18.11	จำนวน อบต./เทศบาล ที่มีการสร้างเครือข่ายด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรค เลปโตสไปโรสิส
เกณฑ์เป้าหมาย	อย่างน้อย 2 แห่งใน 1 อำเภอ
ความหมาย/นิยาม	เครือข่ายการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิส หมายถึง หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสทั้งในระดับอำเภอและระดับท้องถิ่น ได้แก่ หน่วยงานจากภาคสาธารณสุข (สาธารณสุขอำเภอ รพท./รพช./รพ.สต.) ปศุสัตว์ (ปศุสัตว์อำเภอ) เกษตรกรรม (เกษตรอำเภอ เกษตรตำบล) อบต. และประชาชน ร่วมกันจัดทำประชาคม วางแผนและทำกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิส การสร้างเครือข่ายด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิส ระดับอำเภอและระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิสระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 4 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคสาธารณสุข ปศุสัตว์ เกษตรกรรม และองค์การบริหารส่วนตำบล ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์โรคและกำหนด อบต. ที่มีโรคเลปโตสไปโรสิสเป็นปัญหาของพื้นที่อย่างน้อย 2 อบต.

	<p>2) คณะกรรมการฯ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนจาก อบต. ที่กำหนดไว้ ร่วมกันทำประชาคม เพื่อสร้างแผนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรสิส โดยยึดมาตรการ 4E2C เป็นหลัก</p> <p>3) อบต. จัดกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคตามแผนการดำเนินงาน</p> <p>4) คณะกรรมการฯ และเจ้าหน้าที่จาก อบต. ร่วมกันติดตามผลการดำเนินงาน</p> <p>5) อบต. สรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค พร้อมข้อเสนอแนะเพื่อใช้ในการวางแผน และพัฒนาต่อไป</p>
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	อบต./เทศบาล ที่มีการสร้างเครือข่ายด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมป้องกันควบคุมโรค เลปโตสไปโรสิส อย่างน้อย 2 แห่งใน 1 อำเภอร้อยละ 96.87
แหล่งข้อมูล	รายงานสถานการณ์โรคจากสาธารณสุขอำเภอ ปศุสัตว์อำเภอ และระบบเฝ้าระวังโรค รง. 506/รง.507
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ / กลุ่มงานควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด เบอร์โทร	<p>นางยุภาพร ราชวงศ์</p> <p>นางสุภรณ์ เจริญวรรณวงศ์</p> <p>044465010-4 ต่อ418</p>

18.12 อัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิสน้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง

ตัวชี้วัดที่ 18.12	อัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง
ความหมาย/นิยาม	อัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส = (อัตราป่วย/อัตราตาย) × 100 (เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปีของอัตราป่วยตายภายในอำเภอนั้น) ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง คือ ค่าที่อยู่ตรงกลางเมื่อนำข้อมูลอัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส มาเรียงลำดับจากน้อยไปหามาก (5 ปีย้อนหลัง)
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	0.04ต่อแสนประชากร
แหล่งข้อมูล	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	อัตราป่วยตายด้วยโรคเลปโตสไปโรสิส = (อัตราป่วย/อัตราตาย) × 100 (เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปีของอัตราป่วยตายภายในอำเภอนั้น)
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานโรคติดต่อฯ โดยแมลง อาหารและน้ำ / กลุ่มงานควบคุมโรค
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด เบอร์โทร	นางยุภาพร ราชวงศ์ นางสุภรณ์ เจริญวรรณวงศ์ 044465010-4 ต่อ418

8. 3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ

19. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี

ตัวชี้วัดที่ 19	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 4.5 ต่อแสนประชากร
ความหมาย / คำนิยาม	<p><u>นิยาม</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี - การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ <p><u>กระบวนการดำเนินงาน</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - ทีมผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ (Merit Maker) หมายถึง ทีมผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำ ซึ่งต้องดำเนินการป้องกันการจมน้ำตามองค์ประกอบเชิงการดำเนินงาน 10 องค์ประกอบตามเกณฑ์การดำเนินงานของกรมควบคุมโรค มีการประเมิน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับทองแดง, ระดับเงิน และระดับทอง โดยต้องมีมาตรการต่างๆ ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด และต้องขอรับรองและผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมิน Merit Maker
ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง	<p>1) อัตราตายจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ปี 2557 - ปี 2560 (9 เดือน) = 6.38 , 6.50 , 9.30 และ 3.84 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ</p> <p>2) ปี 2560 มีตำบลหรือหน่วยงานได้รับการประเมินรับรอง Merit Maker ร้อยละ 36.59 (จำนวน 105 ทีม ใน 287ตำบล)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1) ประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี</p> <p>2) ทุกตำบลในอำเภอมีการดำเนินงาน Merit Maker</p>
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	จากรายงานระบบ 43 แฟ้ม (data center) และรายงานการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><u>ระดับจังหวัด(ภาพรวม)</u></p> <p>1) $(A/B) \times 100,000$</p> <p>A = จำนวนผู้เสียชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี</p> <p>B = จำนวนประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี กลางปี 2561</p> <p><u>ระดับอำเภอ</u></p> <p>2) $(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนทีม Merit Maker</p> <p>B = จำนวนตำบล</p>
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/e-mail	<p>1. นางสรภัส เพชรอรุณ งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 081-878-8349 โทรศัพท์ : 04-446-5661</p> <p>โทรสาร : 04-446-5661 E-mail : sorrapas_a@hotmail.com</p> <p>2. นายวีระชน เกลียวกลม</p> <p>โทรศัพท์มือถือ : 089-255-9308 โทรศัพท์ : 04-446-5661</p> <p>โทรสาร : 04-446-5661 E-mail : veerachon_k@hotmail.com</p>

20. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

ตัวชี้วัดที่ 20	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน 18 ต่อแสนประชากร
<p>ความหมาย / คำนิยาม</p>	<p><u>นิยาม</u></p> <p>อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน นับตั้งแต่เกิดเหตุถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมการเสียชีวิตที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่งรพ. ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม และเสียชีวิตในตึกผู้ป่วยหลัง 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุรวมถึงชงกลับไปตายที่บ้าน ทั้งนี้ให้นับข้อมูลรวมทุกกลุ่มอายุ</p> <p><u>กระบวนการดำเนินงาน</u></p> <p>1) ข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบูรณาการข้อมูล หมายถึง การรวมข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนจากหลายๆ ฐานข้อมูล ได้แก่ สาธารณสุข ตำรวจ บ.กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ หรือ แหล่งอื่นๆ - สอบสวนการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน หมายถึง การศึกษาสาเหตุและปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุถนน โดยการรวบรวมข้อมูลอย่างละเอียด เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุให้ทราบถึงปัจจัยของการเกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ตลอดจนทั้งความรุนแรงและความเสียหายต่างๆ ที่นำไปสู่การองค์ความรู้ เพื่อดำเนินงานควบคุมป้องกันแก้ไขปัญหาได้ตรงจุดและกระตุ้นให้ผู้เกี่ยวข้องเพิ่มความสนใจปัญหาที่เกิดขึ้น โดยไม่ได้มุ่งเน้นการสอบสวนหาตัวผู้กระทำผิดตามกฎหมาย ทีมเฝ้าระวังสอบสวนการบาดเจ็บ ซึ่งมีบุคลากรจากหน่วยงานสาธารณสุข เช่น SRRT Team (ทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and rapid response team)) ทีมด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ทีมห้องฉุกเฉิน หรือร่วมกับบุคลากรจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันควบคุมอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ เช่น ขนส่ง แขวงทางหลวง ตำรวจ หน่วยงานมหาดไทย ฯลฯ เพื่อดำเนินงานด้านการเฝ้าระวังและการเก็บข้อมูลจากการสอบสวนการบาดเจ็บ ตามเกณฑ์สำนักกระบาดวิทยา หมายถึง เกณฑ์สำนักกระบาดวิทยาในการตัดสินใจในพื้นที่เพื่อสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ โดยมีเกณฑ์ ดังนี้ 1) เสียชีวิตตั้งแต่ 5 รายขึ้นไป 2) บาดเจ็บตั้งแต่ 15 รายขึ้นไป 3) กรณีที่น่าสนใจ เช่น รถโดยสารสาธารณะ รถนักเรียน รถพยาบาล รถตู้ กรณีที่เกิดกับเด็กหรือเยาวชนโดยเฉพาะกลุ่มที่ใช้จักรยานยนต์ พฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นที่สนใจ ฯลฯ และมีการการคืนข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเกี่ยวข้องในเวทีการประชุมต่างๆ ทั้งที่เป็นการจัดประชุมเองหรือการประชุมอื่นๆ เพื่อผลักดันการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการวางแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหา และมีการติดตามผลการแก้ไข <p>2) RTI Team หมายถึง ทีมป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ซึ่งมี 4 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (basic), ระดับดี (good), ระดับดีมาก (excellent) และระดับยอดเยี่ยม (Advanced) โดยต้องมีมาตรการต่างๆ ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด และต้องขอรับรองและผ่านการประเมินจากคณะกรรมการประเมิน RTI Team</p> <p>3) DHS-RTI หมายถึง การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนนผ่านระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งดำเนินการตามเกณฑ์ ซึ่งมี 3 ระดับ ได้แก่ ระดับดี (good), ระดับดีมาก (excellent) และระดับยอดเยี่ยม (Advanced)</p> <p>4) มาตรการอื่นๆ ที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนน ได้แก่ ด้านชุมชน ด้านครอบครัว ฯลฯ</p>
ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง	<p>1) อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดนครราชสีมา ปี 2557 - ปี 2560 (9 เดือน) = 25.67 , 29.55 , 24.07 และ 25.78 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ</p> <p>2) ปี 2560 มีตำบลหรือหน่วยงานได้รับการประเมินรับรอง RTI TEAM ร้อยละ 45.60 (จำนวน 132 ทีม ใน 287ตำบล)</p> <p>3) ปี 2560 อำเภอได้รับการประเมินรับรอง DHS-RTI ทุกระดับร้อยละ 78.13 (25 อำเภอ จาก 32</p>

	อำเภอ)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ประชากรจังหวัดนครราชสีมาทุกกลุ่มอายุ 2) ทุกตำบลในอำเภอมีการดำเนินงาน RTI Team 3) ทุกอำเภอมีการดำเนินงาน DHS-RTI
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	จากรายงานPher Accident , ระบบ 43 แฟ้ม (data center) และการส่งเอกสารเพื่อขอรับการประเมินการดำเนินงาน DHS-RTI และ RTI Team
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<u>ระดับจังหวัด(ภาพรวม)</u> 1) $(A/B) \times 100,000$ A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด (V01-V89) ปีงบประมาณ 2561 (ตุลาคม 2560-กันยายน 2561) B = จำนวนประชากรกลางปี 2561 <u>ระดับอำเภอ</u> 2) $(A/B) \times 100$ A = จำนวนทีม RTI TEAM B = จำนวนตำบล 3) DHS-RTI ได้รับการประเมิน
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/e-mail	1. นางสรภัส เพชรอรุณ งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา โทรศัพท์มือถือ : 081-878-8349 โทรศัพท์ : 04-446-5661 โทรสาร : 04-446-5661 E-mail : sorrapas_a@hotmail.com 2. นายวีระชน เกลียวกลม โทรศัพท์มือถือ : 089-255-9308 โทรศัพท์ : 04-446-5661 โทรสาร : 04-446-5661 E-mail : veerachon_k@hotmail.com

9. 4. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร

21. ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย

ตัวชี้วัดที่ 21	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย																																																																								
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80																																																																								
ความหมาย/คำนิยาม	<p>นิยาม 1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ ผลิตภัณฑ์จากผักและผลไม้ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด อาหารสดจากทะเล)</p> <p>2. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ผลิตภัณฑ์จากผักและผลไม้ ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช สารกันรา สารฟอกขาว และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง เนื้อสัตว์ผลิตภัณฑ์และอาหารทะเล ต้องไม่ปนเปื้อนสารบอแรกซ์ และฟอร์มาลิน</p> <p>3. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ หรือหมายถึง อาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปอื่น ๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร เกลือบริโกลเสริมไอโอดีนในภาชนะพร้อมจำหน่าย ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยว ชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/กึ่งยาว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน</p> <p>4. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/กึ่งยาว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>5. สถานที่จำหน่ายอาหารแปรรูปและอาหารปรุงสำเร็จพร้อมบริโภคมีความปลอดภัย หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหารแปรรูปและอาหารพร้อมบริโภคที่ปรุงสำเร็จจากร้านอาหาร ร้านแผงลอย ร้านชำ โรงอาหารในโรงเรียน โรงงานและโรงพยาบาล โรงครัวของโรงพยาบาล เกลือพร้อมบริโภคที่บรรจุในภาชนะปิดสนิท น้ำแข็งในร้านอาหาร น้ำดื่มในร้านอาหารและตู้น้ำดื่มอัตโนมัติมีความปลอดภัย</p> <p>6. สถานที่จำหน่ายอาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง สถานที่ผลิตอาหารสดที่ได้รับใบอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สถานที่จำหน่ายอาหารสดจากร้านแผงลอย ร้านชำ ตลาดสด ตลาดนัด ซูเปอร์มาร์เก็ต ห้างสรรพสินค้า โรงพยาบาลและโรงเรียนมีความปลอดภัย</p>																																																																								
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <table border="1" data-bbox="454 1339 1449 1438"> <tr> <th>ปีงบประมาณ 58</th> <th>ปีงบประมาณ 59</th> <th>ปีงบประมาณ 60</th> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 89.98</td> <td>ร้อยละ 87.□2</td> <td>ร้อยละ 89.36</td> </tr> </table> <p>หมายเหตุ : เกณฑ์เป้าหมายร้อยละในแต่ละปี จะมีการเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายของผลิตภัณฑ์อาหารในการวัดรายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</p> <table border="1" data-bbox="454 1523 1449 2116"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยนับ</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.สารปนเปื้อนในอาหารสด</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ฟอร์มาลิน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>92.27</td> <td>91.85</td> <td>92.77</td> </tr> <tr> <td>บอแรกซ์</td> <td>ร้อยละ</td> <td>99.22</td> <td>99.38</td> <td>100.00</td> </tr> <tr> <td>สารกันรา</td> <td>ร้อยละ</td> <td>96.32</td> <td>97.40</td> <td>99.80</td> </tr> <tr> <td>สารฟอกขาว</td> <td>ร้อยละ</td> <td>99.71</td> <td>98.95</td> <td>100.00</td> </tr> <tr> <td>สารโพลาไรนน้ำมันทอดซ้ำ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>89.314</td> <td>84.60</td> <td>75.46</td> </tr> <tr> <td>สารตกค้างยาฆ่า□□มลงในผักและผลไม้สด</td> <td>ร้อยละ</td> <td>97.82</td> <td>9□.52</td> <td>97.40</td> </tr> <tr> <td>สารเร่ง□เนื้อแดงในเนื้อหมูและเนื้อวัว</td> <td>ร้อยละ</td> <td>95.51</td> <td>92.94</td> <td>98.26</td> </tr> <tr> <td>สีสังเคราะห์อาหาร</td> <td>ร้อยละ</td> <td>0</td> <td>35.29</td> <td>44.17</td> </tr> <tr> <td>2.อาหารแปรรูป</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>เกลือบริโกลเสริมไอโอดีนในภาชนะพร้อมจำหน่าย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>70.87</td> <td>72.41</td> <td>70.53</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ 58	ปีงบประมาณ 59	ปีงบประมาณ 60	ร้อยละ 89.98	ร้อยละ 87.□2	ร้อยละ 89.36	Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2558	2559	2560	1.สารปนเปื้อนในอาหารสด					ฟอร์มาลิน	ร้อยละ	92.27	91.85	92.77	บอแรกซ์	ร้อยละ	99.22	99.38	100.00	สารกันรา	ร้อยละ	96.32	97.40	99.80	สารฟอกขาว	ร้อยละ	99.71	98.95	100.00	สารโพลาไรนน้ำมันทอดซ้ำ	ร้อยละ	89.314	84.60	75.46	สารตกค้างยาฆ่า□□มลงในผักและผลไม้สด	ร้อยละ	97.82	9□.52	97.40	สารเร่ง□เนื้อแดงในเนื้อหมูและเนื้อวัว	ร้อยละ	95.51	92.94	98.26	สีสังเคราะห์อาหาร	ร้อยละ	0	35.29	44.17	2.อาหารแปรรูป					เกลือบริโกลเสริมไอโอดีนในภาชนะพร้อมจำหน่าย	ร้อยละ	70.87	72.41	70.53
ปีงบประมาณ 58	ปีงบประมาณ 59	ปีงบประมาณ 60																																																																							
ร้อยละ 89.98	ร้อยละ 87.□2	ร้อยละ 89.36																																																																							
Baseline data	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																																																							
		2558	2559	2560																																																																					
1.สารปนเปื้อนในอาหารสด																																																																									
ฟอร์มาลิน	ร้อยละ	92.27	91.85	92.77																																																																					
บอแรกซ์	ร้อยละ	99.22	99.38	100.00																																																																					
สารกันรา	ร้อยละ	96.32	97.40	99.80																																																																					
สารฟอกขาว	ร้อยละ	99.71	98.95	100.00																																																																					
สารโพลาไรนน้ำมันทอดซ้ำ	ร้อยละ	89.314	84.60	75.46																																																																					
สารตกค้างยาฆ่า□□มลงในผักและผลไม้สด	ร้อยละ	97.82	9□.52	97.40																																																																					
สารเร่ง□เนื้อแดงในเนื้อหมูและเนื้อวัว	ร้อยละ	95.51	92.94	98.26																																																																					
สีสังเคราะห์อาหาร	ร้อยละ	0	35.29	44.17																																																																					
2.อาหารแปรรูป																																																																									
เกลือบริโกลเสริมไอโอดีนในภาชนะพร้อมจำหน่าย	ร้อยละ	70.87	72.41	70.53																																																																					

	3.สถานประกอบการประกอบการที่จำหน่ายอาหารสดและอาหารแปรรูป				
	ตลาดสด	ร้อยละ	20.00	50.57	52.38
	ตลาดนัด	ร้อยละ	6.60	26.44	25.38
	ร้านอาหาร	ร้อยละ	61.15	96.00	79.84
	ร้านแผงลอย	ร้อยละ	70.79	95.00	63.45
	4.โรงเรียนที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน □ อ ย. น้อย				
	ระดับประถมศึกษา □	ร้อยละ	20.00	34.12	40.25
	ระดับ □ ยายโอกาส	ร้อยละ	50.00	42.57	55.76
	ระดับมัธยมศึกษา	ร้อยละ	89.40	70.00	67.54
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในจังหวัดนครราชสีมา 2. สถานประกอบการประกอบการที่จำหน่ายอาหารสดและอาหารแปรรูปในจังหวัดนครราชสีมา 3. โรงเรียนในเขตจังหวัดนครราชสีมา 				
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. แหล่งข้อมูล คือระบบรายงานอาหารปลอดภัยออนไลน์จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2560 โดยมีแบบรายงาน จำนวน 10 รายการ คือ 1.รายงานตลาดสด 2.รายงานตลาดนัด 3.รายงานห้างสรรพสินค้า 4.รายงานห้างสรรพสินค้าตามหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารกำหนด (Mobile Unit) 5.รายงานการตรวจประเมินมาตรฐาน โรงเรียน อ ย. น้อย 6.รายงานร้านอาหารที่ไม่ได้จำหน่ายกึ่งเดียว 7.รายงานร้านอาหารที่จำหน่ายกึ่งเดียว 8.รายงานร้านอาหารแผงลอยที่ไม่ได้จำหน่ายกึ่งเดียว 9.รายงานร้านอาหารแผงลอยที่จำหน่ายกึ่งเดียว 10.รายงานการตรวจเคลื่อนที่บริโภคเสริมไอโอดีนในภาชนะพร้อมจำหน่ายด้วยชุดตรวจ I-KIT 2. ระดับจังหวัด จัดอบรมชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและรวบรวมผลการดำเนินงานในระดับจังหวัด 3. ระดับอำเภอ ถ่ายทอดนโยบายระดับจังหวัดให้กับเจ้าหน้าที่อาหารปลอดภัยระดับตำบลดำเนินการตรวจประเมิน พร้อมรวบรวมผลการดำเนินงานระบบรายงานอาหารปลอดภัยออนไลน์จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2560 ตามรายการและระยะเวลาที่กำหนด 4. ระดับตำบล ดำเนินการตรวจประเมินตามแบบรายงานอาหารปลอดภัยออนไลน์จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2560 ตามรายการและระยะเวลาที่กำหนด และส่งแบบรายงานมายังผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอเพื่อดำเนินการบันทึกข้อมูลลงในแบบรายงานอาหารปลอดภัยออนไลน์จังหวัดนครราชสีมาต่อไป 5. รูปแบบการดำเนินการยึดตามตามเอกสาร KPI template และระบบรายงานอาหารปลอดภัยออนไลน์จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2560 โดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยในระดับอำเภอและระดับตำบล 6. การรายงานผลโดยบันทึกข้อมูลผ่านแบบรายงานอาหารปลอดภัยออนไลน์ ปีงบประมาณ 2561 ตามลิงค์ที่กำหนดให้เท่านั้น โดยจัดส่งรหัสผ่านการบันทึกข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบงานผ่าน E-mail ของผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยของสสอ./รพช. เท่านั้น 7. เอกสารอื่น เช่น หนังสือราชการ เอกสารการตรวจประเมิน คู่มือการดำเนินงานอาหารปลอดภัยสามารถสืบค้นได้ในเอกสารอาหารปลอดภัยออนไลน์ตามลิงค์ที่กำหนดให้เท่านั้น ส่งผ่าน E-mail ของผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยของสสอ./รพช. เท่านั้น 8. ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยสามารถเริ่มเปิดการลงข้อมูลผ่านลิงค์ได้ตั้งแต่วันที่ 3 พ.ย. 60 9. ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยต้องลงข้อมูล ฐานทะเบียน และผลการตรวจประเมินให้ครบทุกช่อง เช่น ชื่อสถานประกอบการ ชื่อผู้ประกอบการ ชื่อร้านอาหาร ชื่อโรงเรียน ชื่อครูผู้รับผิดชอบงาน อ ย. น้อย ที่อยู่ เบอร์โทรติดต่อ ผลการตรวจประเมิน และอื่นๆ ให้ครบถ้วนถูกต้องทุกช่องตามที่ระบบรายงานอาหารปลอดภัยออนไลน์จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2560 กำหนด 				

10. ฐานทะเบียนของตลาดสด ตลาดนัด ร้านอาหาร ร้านอาหารแผงลอย จำนวนโรงเรียนให้ยึดตาม ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยที่รายงานผลโดยบันทึกข้อมูลผ่านแบบรายงานอาหารปลอดภัย ออนไลน์ ปีงบประมาณ 2561
11. เป้าหมายตัวอย่างการสุ่มตรวจสอบปนเปื้อนในอาหาร เช่น พอร์มาลิน บอร์แรกซ์ สารกันรา สารฟอกขาว สารโพลารีนในน้ำมันทอดซ้ำ สารตกค้างยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้สด สารเร่งเนื้อแดงในเนื้อหมู และเนื้อวัว สีสังเคราะห์อาหาร กลีโอบริโกลิเคอไรด์ไอโอดีนในภาชนะพร้อมจำหน่ายที่ตรวจด้วยชุดตรวจ I-Reader(เจ้าหน้าที่ Mobile Unit เป็นผู้สุ่มตรวจ) และกลีโอบริโกลิเคอไรด์ไอโอดีนในภาชนะพร้อมจำหน่ายที่ตรวจด้วยชุดตรวจ I-KIT(เจ้าหน้าที่อาหารปลอดภัยระดับอำเภอและระดับตำบลเป็นผู้สุ่มตรวจ) ให้ยึดตามหนังสือหนังสือราชการการตรวจประเมินอาหารปลอดภัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา กำหนด โดยในหนังสือราชการ E-office และเอกสารอาหารปลอดภัยออนไลน์ตามลิงค์ที่กำหนดให้
12. การประเมินเรื่อง ร้อยละของโรงเรียนได้รับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อ ย.น้อย ตามเกณฑ์ที่กำหนด สำหรับอำเภอที่ส่งข้อมูลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อ ย.น้อยมาในปี 2560 แล้วสามารถนำข้อมูลการรายงานผลมาบันทึกข้อมูลผ่านแบบรายงานอาหารปลอดภัย ออนไลน์ ในปี 2561 โดยลงบันทึกในช่องหมายเหตุด้วยข้อความว่า “ส่งรายงาน 60” และ “ส่งรายงาน 61” เพื่อแยกประเภทปีการส่งรายงานข้อมูล
13. การประเมินผลคะแนนความทันเวลาวันที่รอบที่ 1 คือ 28 ก.พ. 61 หากผู้รับผิดชอบงานบันทึกข้อมูลส่งรายงานใน KPI template ข้อนั้นไม่ทันเวลาที่กำหนดหรือไม่บันทึกข้อมูลให้ถือว่าไม่ได้คะแนน ยกเว้นในข้อที่ 4 เรื่อง ร้อยละของสารปนเปื้อนในอาหารสดและอาหารแปรรูปตามหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารกำหนด(Mobile Unit) ให้ส่งตัวอย่างอาหารให้เจ้าหน้าที่หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารกำหนด(Mobile Unit) ภายในวันที่ 17 พ.ย. 60 หากผู้รับผิดชอบงานบันทึกข้อมูลส่งตัวอย่างอาหารตามรายงานใน KPI template ข้อนั้นไม่ทันเวลาที่กำหนดหรือไม่ส่งตัวอย่างอาหารเพื่อตรวจประเมินให้ถือว่าไม่ได้คะแนน
14. การประเมินผลคะแนนความทันเวลา รอบที่ 2 คือ 30 มิ.ย. 61 หากผู้รับผิดชอบงานบันทึกข้อมูลส่งรายงานใน KPI template ข้อนั้นไม่ทันเวลาที่กำหนดหรือไม่บันทึกข้อมูลให้ถือว่าไม่ได้คะแนน
15. การประเมินผลคะแนนการส่งรายงาน ต้องมีผลการตรวจประเมินอย่างน้อยร้อยละ 20 ของเป้าหมายหรือฐานทะเบียนที่กำหนดให้ตามหนังสือราชที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ซึ่งกำหนดการแจ้งให้ผู้รับผิดชอบงานทราบในเดือน ต.ค. 61 ในหนังสือราชการ E-office และเอกสารอาหารปลอดภัยออนไลน์ตามลิงค์ที่กำหนดให้ หากผลการตรวจประเมินไม่ถึงร้อยละ 20 หรือไม่บันทึกข้อมูล ผลการประเมินการส่งรายงานใน KPI template ข้อนั้นให้ถือว่าไม่ได้คะแนน
16. การประเมินผลคะแนนการส่งรายงาน เรื่องร้อยละของโรงเรียนได้รับการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อ ย.น้อย ตามเกณฑ์ที่กำหนด ต้องส่งข้อมูลแบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อ ย.น้อย ฉบับจริงมาด้วยเฉพาะการประเมินในปี 2561 โดยครูผู้รับผิดชอบงาน อ ย.น้อย ผู้อำนวยการ หรือผู้อำนวยการเขตการศึกษาชานานตามชื่อ ชื่อสกุล ตามเงื่อนไขการประเมินระดับพอใช้ ดี ดีมาก และดีเยี่ยมตามเกณฑ์ที่กำหนด โรงเรียนที่ส่งข้อมูลแบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อ ย.น้อยในปี 2560 แล้วไม่ต้องส่งแบบประเมินแต่ต้องบันทึกข้อมูลตามข้อ 12 ที่ได้แจ้งไว้ข้างต้น โดยการประเมินผลคะแนนความทันเวลาและคะแนนการส่งรายงาน ให้ยึดตามข้อที่ 13 – 15 ที่กำหนดข้างต้น
17. การประเมินคะแนนรอบที่ 1/ 2561 ให้ยึดตามการรายงานผลโดยบันทึกข้อมูลผ่านแบบรายงานอาหารปลอดภัยออนไลน์ ปีงบประมาณ 2561 ทั้ง รพ. สสอ. และ รพ.สต.
18. การประเมินคะแนนรอบที่ 2/ 2561 ให้ยึดตามการรายงานผลโดยบันทึกข้อมูลผ่านแบบรายงาน

	<p>อาหารปลอดภัยออนไลน์ ปีงบประมาณ 2561 ทั้ง รพ. สสอ. และ รพ.สต. และส่งข้อมูลแบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงเรียน อ.น้อย ฉบับจริงมาด้วยเฉพาะการประเมินในปี 2561 ตามเงื่อนไขข้อที่ 16 กำหนด เฉพาะ รพ.สต. ในการประเมินคะแนนต้องมีแบบประเมินฉบับจริงตามระบบรายงานอาหารปลอดภัยออนไลน์จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2560 เพื่อประกอบการพิจารณาการประเมิน</p> <p>19. ข้อยกเว้นเกณฑ์การประเมิน รอบที่ 1/ 2561 สำหรับการประเมินคะแนนระดับอำเภอของ รพ. และ สสอ. ที่มีการสุ่มตรวจตัวอย่างสารปนเปื้อนในอาหารมากกว่า 100 ตัวอย่าง ในข้อที่ 3 - 4 เกณฑ์การให้คะแนน ครบ คือ <input type="checkbox"/> 50-100% = 10 <input type="checkbox"/> 40-50% = 8 <input type="checkbox"/> 30-40% = 6 <input type="checkbox"/> 20-30% = 4 <input type="checkbox"/> <20% = 0</p> <p>20. ข้อยกเว้นเกณฑ์การประเมิน รอบที่ 2/ 2561 สำหรับการประเมินคะแนนระดับอำเภอของ รพ. และ สสอ. ที่มีการตรวจประเมินสถานประกอบการหรือสุ่มตรวจตัวอย่างสารปนเปื้อนในอาหาร มากกว่า 100 แห่งหรือตัวอย่าง ในข้อที่ 3 - 9 เกณฑ์การให้คะแนนครบ คือ <input type="checkbox"/> 50-100% = 10 <input type="checkbox"/> 40-50% = 8 <input type="checkbox"/> 30-40% = 6 <input type="checkbox"/> 20-30% = 4 <input type="checkbox"/> <20% = 0</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>สูตรคำนวณ=(A/B)×100</p> <p><u>กรณีที่ 1</u> หมายถึงผลิตภัณฑ์อาหารที่สุ่มตรวจ A=จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่มีผลวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด B=จำนวนของผลิตภัณฑ์ที่เก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์ทั้งหมด</p> <p><u>กรณีที่ 2</u> หมายถึงสถานที่จำหน่ายอาหารสดและอาหารแปรรูป(เช่น ตลาดสด ตลาดนัด ร้านอาหาร แผงลอย จำนวนครัวเรือนที่สุ่มตรวจเคลื่อนที่ทั่วโลก เป็นต้น) A=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารสดและอาหารแปรรูปการประเมินผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด B=จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารสดและอาหารแปรรูปทั้งหมด</p> <p><u>กรณีที่ 3</u> หมายถึงโรงเรียน A=จำนวนโรงเรียนที่ส่งผลการประเมินผ่านมาตรฐานโรงเรียน อ.น้อย ที่กำหนด B=จำนวนของโรงเรียนทั้งหมด</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานอาหารปลอดภัย กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	<p><u>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ</u></p> <p>นางอรวรรณ กลิ่งทะเล ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์สำนักงาน 044-465011 ต่อ 414 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0999651667</p> <p>E-mail : CKLingtalae@hotmail.com, E-mail : FDAKORAT@hotmail.com</p> <p>นายจักรี แก้วคำบัง ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์สำนักงาน 044-465011 ต่อ 414 เบอร์โทรศัพท์มือถือ 0910179976</p> <p>E-mail : Chakrikaekumbong@gmail.com, E-mail : FDAKORAT@hotmail.com</p>

5. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

22. ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 22	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 5
ความหมาย/คำนิยาม	<p>1) ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่ขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p> <p>2) การจัดการงานคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง มีการจัดระบบการคุ้มครองผู้บริโภคครบทุกด้าน ประกอบด้วย ผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานบริการสุขภาพ การโฆษณา และการจัดการเรื่องร้องเรียน</p> <p>3) ร้องเรียนของผู้บริโภค หมายถึง ร้องเรียนจากผู้บริโภคหรือผู้รับบริการด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ การรับบริการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในด้านความปลอดภัย ความไม่เป็นธรรม ความเสียหายจากบริการ หรือได้รับผลกระทบด้านอื่นๆ</p> <p>4) ศูนย์ คบส.อำเภอ หมายถึง ศูนย์เครือข่ายระดับอำเภอที่มีภารกิจในการดำเนินการด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพใน 5 ภารกิจหลักได้แก่ 1) ประสานงาน กำหนดบทบาทการทำงานร่วมกันในเครือข่ายพหุภาคี และขับเคลื่อนพร้อมเชื่อมโยงเครือข่ายระดับตำบล (ศูนย์ที่น้อย.ใกล้บ้าน) 2) เป็นศูนย์รับเรื่องร้องเรียนด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอและตรวจสอบข้อเท็จจริงเบื้องต้น 3) มีการเฝ้าระวังโฆษณาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ 4) การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการและผู้บริโภค (อสม. และออย.น้อย ฯลฯ) 5) การเฝ้าระวัง สถานที่ผลิต จำหน่าย และเฝ้าระวัง ผลิตภัณฑ์สุขภาพประจำปี และการดำเนินการตามโครงการอาหารปลอดภัย</p> <p>5) ศูนย์ที่น้อย.ใกล้บ้าน หมายถึง ศูนย์เครือข่ายระดับตำบล ตั้งอยู่ที่ รพ.สต. ทุกแห่ง มีภารกิจในการดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพเน้นการพัฒนาศักยภาพผู้บริโภค โดยให้ความรู้ ปรึกษาทัศนคติให้ประชาชนไม่หลงเชื่อสื่อโฆษณาได้อย่างเหมาะสมและให้คำปรึกษาประชาชนเมื่อพบปัญหาจากผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>6) สถานบริการสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพเอกชน ได้แก่ สถานประกอบการธุรกิจบริการเพื่อสุขภาพ สปา นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมสวย) และสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วย พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 (เช่น คลินิกเอกชน เป็นต้น)</p> <p>7) การพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ/ผู้บริโภค หมายถึง การให้ความรู้กับผู้ประกอบการ ผู้บริโภค เครือข่ายสาธารณสุข โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมกำหนดทิศทางทางการคุ้มครองผู้บริโภคและเฝ้าระวังปัญหาในชุมชน รวมถึงการประชาสัมพันธ์ กระจายข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องให้ชุมชน โดยสื่อซึ่งเข้าถึงได้ง่ายและทั่วถึง</p> <p>8) ร้านยา หมายถึง สถานประกอบการที่ได้รับใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน, ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ, ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบันบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์, ใบอนุญาตขายยาแผนโบราณ</p> <p>9) สถานที่ผลิตอาหาร 57 ประเภทที่เข้าข่าย GMP ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ GMP หมายถึง หลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตอาหาร เป็นเกณฑ์หรือข้อกำหนดขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการผลิต/ควบคุมเพื่อให้ผู้ผลิตปฏิบัติตามและทำให้สามารถผลิตอาหารได้อย่างปลอดภัย</p>

	<p>10) สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง หมายถึง ร้านค้า/ร้านเสริมสวย/มินิมาร์ท/ซูเปอร์มาร์เก็ต มีที่ตั้งอาคารที่มีเครื่องสำอางจำหน่าย</p> <p>11) การใช้ยาปลอดภัยในชุมชน หมายถึง การใช้ยาของประชาชนในระดับตำบล โดยเน้นยาปฏิชีวนะ ยาชุดแก้ปวด และยาสเตียรอยด์ที่ปลอดภัยในผลิตภัณฑ์สุขภาพ ใน 3 เรื่องหลัก 11.1) การไม่ใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น ได้แก่ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคท้องร่วงเฉียบพลัน และบาดแผลเลือดออกที่เป็นแผลสะอาด</p> <p>11.2) การจำหน่ายยาและกระจายยาแก้ปวดในสถานประกอบการที่ได้รับอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย และมีการเลือกใช้อย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยเฉพาะราย ถูกต้องตามหลักวิชาการ</p> <p>11.3) การเฝ้าระวังการกระจาย/การใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีการปนเปื้อนสเตียรอยด์ในชุมชน</p>										
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี 2558 ปี 2559 ปี 2560 (ตัวชี้วัดใหม่)										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอ 32 แห่ง										
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - จากรายงานการตรวจเฝ้าระวังสถานประกอบการประจำปี 2561 - ข้อมูลรายงานการดำเนินงานอาหารปลอดภัย - รายงานการดำเนินโครงการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน 2561 										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<table border="1" data-bbox="453 909 1347 1021"> <thead> <tr> <th>ระดับ 1</th> <th>ระดับ 2</th> <th>ระดับ 3</th> <th>ระดับ 4</th> <th>ระดับ 5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>น้อยกว่า 80</td> <td>80-84</td> <td>85-89</td> <td>90-94</td> <td>95-100</td> </tr> </tbody> </table> <p>(จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 95 x 100) / จำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัด</p> <p>ประเมินรอบที่ 1 เชิงคุณภาพ หัวข้อ 1, 2, 3</p> <p>ประเมินรอบที่ 2 เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ หัวข้อที่ 4</p> <p>เชิงปริมาณ</p> <p>1) ผลการเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการตามแผนอำเภอ ผ่านมาตรฐานร้อยละ 95</p> <p>เชิงคุณภาพ</p> <p>1) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและการประชุมครอบคลุมภารกิจการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ และอาหารปลอดภัย</p> <p>2) อำเภอมีแผนงานด้านบริหารจัดการเรื่องร้องเรียน / การคุ้มครองผู้บริโภค/ อาหารปลอดภัย/ แผนงานโครงการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน</p> <p>3) การดำเนินการคุ้มครองผู้บริโภค มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้</p> <p>3.1 อำเภอมีหน่วยงานรับเรื่องร้องเรียน/ แนวทางในการบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนในสถานบริการสาธารณสุข / เรื่องร้องเรียนของผู้บริโภคได้รับการแก้ไขปัญหาภายในเวลาที่กำหนด</p> <p>3.2 การตรวจเฝ้าระวังสถานประกอบการ/ผลิตภัณฑ์สุขภาพประจำปี ได้แก่ ร้านยา สถานพยาบาล สถานที่ผลิตอาหารกลุ่ม GMP/Primary GMP สถานที่จำหน่ายเครื่องสำอาง</p> <p>3.3 การเฝ้าระวังโฆษณา มีผลการเฝ้าระวัง มีการแก้ไขปัญหาเบื้องต้นและมีกิจกรรมเชิงรุก กรณีไม่มีสถานีวิทยุชุมชนในพื้นที่ ต้องมีการเฝ้าระวังคลื่นวิทยุอื่นๆ หรือสื่ออื่นใดที่เป็นปัญหาในพื้นที่</p> <p>4) มีการดำเนินโครงการการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน 2561</p> <p>ระดับ 1 มีโครงการการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน</p>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	น้อยกว่า 80	80-84	85-89	90-94	95-100
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
น้อยกว่า 80	80-84	85-89	90-94	95-100							

	<p>-มีการจัดทำแผนงานโครงการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนที่ผ่านการอนุมัติโครงการ</p> <p>-จัดให้มีการประชุมเพื่อพัฒนาโครงการร่วมกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในตำบลเป้าหมาย โดยผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ รพ.สต. เกษัชปฐมภูมิ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนและบุคคลสำคัญในชุมชน เช่น อสม. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน ครู พระสงฆ์ ผู้บริหารองค์กรส่วนท้องถิ่น</p> <p>ระดับ 2 มีกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพการใช้ยาของครัวเรือนและโรงเรียน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้ดำเนินการจากสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลชุมชน ถ่ายทอดความรู้เรื่องยาปฏิชีวนะ ยาชุด แก้ปวด และสเตียรอยด์ให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชน เช่น อสม. ผู้นำชุมชน ครู อย. น้อยในโรงเรียน และชาวบ้านผู้สนใจการอบรม พร้อมทั้งจัดทำเป็นรูปเล่มรายงาน <p>ระดับ 3 มีกิจกรรมเฝ้าระวังและควบคุมแหล่งกระจายยาในชุมชน</p> <ul style="list-style-type: none"> - ตรวจสอบแหล่งกระจายยาที่อาจมีการสะสมยาปฏิชีวนะ และยาสเตียรอยด์ - เฝ้าระวังรวดเร็ว และการโฆษณา พร้อมทั้งดำเนินการแก้ไขหากพบปัญหา <p>ระดับ 4 มีการคัดกรองผู้ป่วยที่ได้รับอันตรายจากการใช้ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการ “ เยี่ยมบ้าน ” - ทีมเยี่ยมบ้าน: อสม. เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เกษัชกร รพช. พยาบาล - เป้าหมาย: ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปและเป็นโรคเรื้อรัง - เก็บข้อมูลการเยี่ยมบ้านโดยใช้แบบสำรวจปัญหาในชุมชน/ แบบประเมินผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงอันตรายจากการบริโภคยา/ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มียาสเตียรอยด์ และ บันทึกลงแบบสรุปรายงานการเยี่ยมบ้าน <p>ระดับ 5 มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์/และมีนวัตกรรมในการดำเนินการแก้ไขปัญหา</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มผู้ดำเนินโครงการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้ดำเนินโครงการในระดับอำเภอ และตำบล บุคลากรทางการแพทย์ ผู้นำเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน ประสบการณ์ บทเรียนจากการดำเนินโครงการ สรุปลงผลการดำเนินงานร่วมกัน
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	เกษัชกรพิสิทธิ์ คงศักดิ์ตระกูล / เกษัชกรหญิงปิยนุช พันธุ์รังษี 044-465011-14 ต่อ 105-106 fdakorat@hotmail.com

23. ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด

ตัวชี้วัดที่ 23.1	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100				
ความหมาย/คำนิยาม	<p>สถานพยาบาล หมายถึง สถานที่ ซึ่งจัดไว้เพื่อการประกอบโรคศิลปะตามกฎหมายว่าด้วย การประกอบโรคศิลปะ</p> <ul style="list-style-type: none"> -การประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม -การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ -การประกอบวิชาชีพทันตกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพทันตกรรม -การประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัดตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพกายภาพบำบัด -การประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ -การประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยและการประกอบวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ว่าด้วย วิชาชีพการแพทย์แผนไทยและวิชาชีพการแพทย์แผนไทยประยุกต์ -การประกอบโรคศิลปะตามกฎหมาย ว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบโรค ศิลปะสาขานั้น ๆ ได้แก่ กิจกรรมบำบัด, การแก้ไขความผิดปกติของการสื่อความหมาย,เทคโนโลยีหัวใจ และทรวงอก, การแพทย์แผนจีน, รังสีเทคนิค, กายอุปกรณ์ และจิตวิทยา 				
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี	2558	2559	2560	
	จำนวนสถานพยาบาล	581	607	627	
	ได้รับการตรวจมาตรฐาน	56	592	627	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาล 629 แห่ง				
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บ ข้อมูล	รายงานตรวจสอบสถานพยาบาลประจำปี ความถี่ในการจัดเก็บ 12 เดือน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>A=จำนวนสถานพยาบาลที่ได้รับการตรวจมาตรฐาน B=จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด</p>				
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข				
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	ภญ.วิภา ศิริสวัสดิ์, ภญ. เมธัสพิดา จรัสสินวิชัย 044 465011 ต่อ106 Email: fdakorat@hotmail.com				

ตัวชี้วัดที่ 23.2	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่ กำหนด(สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ)				
เป้าหมาย (เกณฑ์)	ร้อยละ 100				
ความหมาย/คำนิยาม	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ 2559 หมายถึง สถานที่ที่สร้างขึ้น เพื่อดำเนินกิจการ ดังต่อไปนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) กิจการสปา 2) กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม 				

	3) กิจกรรมอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง																																			
ผลงานย้อนหลัง	<p>ตารางแสดงจำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน เปรียบเทียบปี 2556 - 2559 ตามประกาศกระทรวงฯ (ฉบับเดิม)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ</th> <th>ปี 2556</th> <th>ปี 2๕๕7</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>สปาเพื่อสุขภาพ</td> <td>8</td> <td>9</td> <td>10</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>นวดเพื่อสุขภาพ</td> <td>35</td> <td>38</td> <td>42</td> <td>43</td> </tr> <tr> <td>นวดเพื่อเสริมสวย</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>รวมสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียน</td> <td>45</td> <td>49</td> <td>54</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>รวมสถานประกอบการที่ได้รับการรับรองฯ</td> <td>45</td> <td>49</td> <td>54</td> <td>54</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละสถานประกอบการที่ได้รับ รองฯ</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>10</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <p>ข้อมูล ณ วันที่ 22 กรกฎาคม 2559 กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ สสจ.นม.</p>	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ปี 2556	ปี 2๕๕7	ปี 2558	ปี 2559	สปาเพื่อสุขภาพ	8	9	10	9	นวดเพื่อสุขภาพ	35	38	42	43	นวดเพื่อเสริมสวย	2	2	2	2	รวมสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียน	45	49	54	54	รวมสถานประกอบการที่ได้รับการรับรองฯ	45	49	54	54	ร้อยละสถานประกอบการที่ได้รับ รองฯ	100	100	10	100
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ปี 2556	ปี 2๕๕7	ปี 2558	ปี 2559																																
สปาเพื่อสุขภาพ	8	9	10	9																																
นวดเพื่อสุขภาพ	35	38	42	43																																
นวดเพื่อเสริมสวย	2	2	2	2																																
รวมสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียน	45	49	54	54																																
รวมสถานประกอบการที่ได้รับการรับรองฯ	45	49	54	54																																
ร้อยละสถานประกอบการที่ได้รับ รองฯ	100	100	10	100																																
กลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมาที่ยื่นคำขออนุญาต																																			
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	- ทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพทั้งหมด จ.นครราชสีมา (ข้อมูลจากการสำรวจโดยพื้นที่และ สสจ.) - ทะเบียนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาต จ.นครราชสีมา																																			
สูตรคำนวณ	A = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาต B = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขออนุญาต C = ร้อยละสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาต $C = A/B \times 100$																																			
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																																			
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	ภญ.วัลลภา คงฉันทมิตรกุล , ภญ.ดณยฉัตร พานิชเลิศ /044-465011 ต่อ 424, 087 869 3955																																			

แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (2 โครงการ 3 ตัวชี้วัด)

*1.โครงการ GREEN&CLEAN Hospital

24. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital

ตัวชี้วัดที่ 24	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospitalระดับพื้นฐานขึ้นไป ร้อยละ 100
ความหมาย/คำนิยาม	<p>โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ.,รพท., รพช., รพสต.)</p> <p>เกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก</p> <p>ระดับพื้นฐาน จะเป็นการประเมินการเข้าถึงการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม โดยประเมินด้านการสร้างกระบวนการพัฒนาโดยการนำเอากลยุทธ์หลัก CLEAN มาใช้และประเมินกิจกรรมการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในโรงพยาบาลโดยกิจกรรม GREEN โดยระดับพื้นฐานต้องผ่านเกณฑ์ ครบทั้ง10 ข้อ ดังนี้</p> <p>1.สร้างกระบวนการพัฒนา โรงพยาบาลมีนโยบาย แผนงาน/โครงการด้านสิ่งแวดล้อม มีคณะทำงานหรือผู้รับผิดชอบ และมีการสื่อสารสาธารณะ</p> <p>2.มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</p> <p>“ มูลฝอยติดเชื้อ” หมายถึง มูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้นซึ่งถ้ามีการสัมผัสใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เกิดโรคได้ ซึ่งเกิดขึ้นหรือใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรค/รักษาพยาบาล/ให้ภูมิคุ้มกัน/ชันสูตรศพ ซากสัตว์ /ทดลองวิจัยเกี่ยวกับโรค ได้แก่ ซาก/ชิ้นส่วนของมนุษย์/สัตว์ วัสดุของมีคม/วัสดุ ซึ่งสัมผัสเลือด สารน้ำจากร่างกาย เช่น มีด หลอด ผ้าก๊อซ สำลี ท่อ สไลด์ กระดาษ เป็นต้น และมูลฝอยทุกชนิดที่ออกจากห้องรักษาผู้ป่วยติดเชื้อร้ายแรง</p> <p>: มาตรฐาน หมายถึง มาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และเป็นไปตามกฎกระทรวงประกอบไปด้วย</p> <p>-กรณีที่มีคนไข้พักค้าง(รพท./รพช.)</p> <p>1. จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 9 เรื่อง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ด้านบุคลากร (2) การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ (3) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ (4) การเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ (5) ลักษณะของรถเข็นที่ใช้เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ (6) สถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ (7) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ (8) การขนส่งมูลฝอยติดเชื้อตามข้อตกลงของ CUP (9) มีข้อมูลการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ/วิเคราะห์ข้อมูลของหน่วยบริการที่รับผิดชอบเป็นปัจจุบัน(กรณี รพช.ต้องมีข้อมูลของ รพ.สต.ครบถ้วนทุกแห่ง) <p>2) กรณีที่โรงพยาบาลดำเนินการว่าจ้างบริษัทเอกชนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ต้องดำเนินการตามคำสั่ง</p>

กระทรวงฯที่ 1852/2546 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2556 เรื่อง กำหนดให้สถานบริการการสาธารณสุข และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการแจ้งเอกชนดำเนินการขนส่งมูลฝอย ติดเชื้อใช้เอกสารกำกับกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงมีระบบควบคุม กำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูล ฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง เช่น การใช้เอกสารกำกับกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)

3) ดำเนินการตามข้อกำหนดของท้องถิ่น

4) ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการ มูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพิ่มเติม

-กรณีไม่มีคนใช้พักค้าง รพ.สต.

1. จัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 ตามเกณฑ์การ ประเมินคุณภาพการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 3 เรื่อง ดังนี้

- (1) การคัดแยกมูลฝอย
- (2) การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อ
- (3) การกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

2) กรณีที่โรงพยาบาลดำเนินการว่าจ้างบริษัทเอกชนกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ต้องดำเนินการตามคำสั่ง กระทรวงฯที่ 1852/2546 ลงวันที่ 21 พฤศจิกายน 2556 เรื่อง กำหนดให้สถานบริการการสาธารณสุข และห้องปฏิบัติการเชื้ออันตรายในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการแจ้งเอกชนดำเนินการขนส่งมูลฝอย ติดเชื้อใช้เอกสารกำกับกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงมีระบบควบคุม กำกับ การเก็บ ขน และกำจัดมูล ฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง เช่น การใช้เอกสารกำกับกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อ (Manifest System)

3) ดำเนินการตามข้อกำหนดของท้องถิ่น

4) ดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพิ่มเติม

3.มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือมูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่าง ถูกสุขลักษณะ

4.มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก(OPD)

5.มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

6.มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร เช่น กิจกรรม 5 ส., การจัดการน้ำเสียได้ มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำที่ตามกฎหมายกำหนด,การปรับปรุงภูมิทัศน์

7.มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่มีแบบองค์รวม

8.สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัยใน ระดับพื้นฐาน

9.ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย

10.จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

ระดับดี เป็นความครอบคลุมด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัยในโรงพยาบาลโดย จะต้องผ่านระดับพื้นฐานทุกข้อและเพิ่มกิจกรรม GREEN 2 ข้อ ดังนี้

- 1.มีการจัดการมูลฝอยทุกประเภทถูกสุขลักษณะ
- 2.มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อม สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน(IPD)

	<p>ระดับดีมาก ระดับนี้เน้นเรื่องของคุณภาพในการจัดการและการสร้างเครือข่ายเพื่อขยายผลการดำเนินงาน โดยต้องผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานและระดับดีทุกข้อและเพิ่มกิจกรรม GREEN 2 ข้อ ดังนี้</p> <p>1.มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับ เครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน</p> <p>2.สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community</p>								
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<table border="1"> <tr> <td>ปี 2558</td> <td>ปี 2559</td> <td>ปี 2560</td> </tr> <tr> <td>5 แห่ง</td> <td>2 แห่ง</td> <td>27 แห่ง</td> </tr> </table>	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	5 แห่ง	2 แห่ง	27 แห่ง		
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560							
5 แห่ง	2 แห่ง	27 แห่ง							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)								
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	<p>1.แบบรายงานผลการดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital</p> <p>2.การนิเทศติดตาม</p> <p>-รพศ./รพท./รพช. ทุกแห่ง</p> <p>-รพ.สต. สุ่มประเมิน 1 แห่ง</p>								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>สสอ.</p> <p><u>จำนวน รพ.สต.ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital X 100</u></p> <p>จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด</p>								
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย								
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร	นางสาวปยุตญา งานสำเร็จ โทร 080-150-4445								
Email	Email-env.korat@gmail.com								

2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)

25. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ตัวชี้วัดที่ 25	ร้อยละอำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน
เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการและมีประสิทธิภาพ
ความหมาย/คำนิยาม	<p>อำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน หมายถึง จังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 3 ประเด็น ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ตามบริบทของพื้นที่ อย่างน้อย 5 ประเด็น เน้นงานตามนโยบายและประเด็นปัญหาสำคัญในพื้นที่โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS 2. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชน/หมู่บ้าน ที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) <p><u>อธิบายคำนิยาม</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ระบบฐานข้อมูล หมายถึง ระบบการจัดการเก็บข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้มีข้อมูลทั้งระดับส่วนกลาง เขตสุขภาพและจังหวัด ที่นำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงาน โดยข้อมูลครอบคลุมในประเด็นปัญหาที่สำคัญของพื้นที่ ทั้งข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน (เช่น มูลฝอยติดเชื้อ มูลฝอยทั่วไป สิ่งปฏิกูล สุขาภิบาลอาหารและน้ำ มาตรการทางกฎหมายสาธารณสุข ฯลฯ) และข้อมูลประเด็นพื้นที่เสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อม ใน 3 กลุ่มหลัก คือ 1) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสารเคมีและสารอันตราย 2) พื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ 3) พื้นที่ที่คาดว่าจะมีปัญหาสิ่งแวดล้อมกับสุขภาพ และหนึ่งประเด็น คือ ประเด็นงานตามนโยบายรัฐบาล (เช่น พื้นที่ท่องเที่ยว ฯลฯ) <p>สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เกิดขึ้นในรอบปี เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี รวมทั้งประเด็นสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่มีความสำคัญและเป็นที่สนใจของประชาชน รวมทั้งการคาดการณ์แนวโน้ม สถานการณ์ในอนาคต พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน</p> <p>ระบบเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ หมายถึง การมีข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมตามประเด็นด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง และนำมาวิเคราะห์ เผยแพร่ รวมทั้งนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหา (เช่น ผ่านกลไก อสจ. การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา การสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย การประเมินความเสี่ยง การสื่อสารเตือนภัยให้กับประชาชนในพื้นที่ และการพัฒนางานวิจัย ฯลฯ)</p> <p>“ชุมชน/หมู่บ้าน ที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) ” ต้องผ่านการประเมิน ตามมาตรการดังต่อไปนี้</p> <p><u>ระดับการเตรียมความพร้อมชุมชน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับตำบลและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2. มีแกนนำชุมชน หรือ อสม.อย่างน้อย 1 คน/หมู่บ้าน ที่สนับสนุนงานอนามัยสิ่งแวดล้อม 3. มีกองทุนระดับตำบล ที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน หรือได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายภายในหรือภายนอกพื้นที่ 4. มีการประยุกต์ใช้ค่ากลางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับเขต/จังหวัด เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนได้

	<p>5.มีการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของชุมชนอย่างเป็นระบบ</p> <p>6.มีเวทีประชาคม/ประชุม ตำบลหรือหมู่บ้าน สำหรับการชี้แจงและติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง</p> <p>7.มีช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย เหมาะสม</p> <p><u>ระดับการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน</u></p> <p>1.แกนนำชุมชน/อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และร่วมสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่</p> <p>2.ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และจัดลำดับปัญหา/ความเสี่ยงของชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม</p> <p>3.ประชาชนร่วมคิด ร่วมจัดทำแผน และดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่สอดคล้องกับความเสี่ยงในพื้นที่ หรือค่ากลางระดับเขต/จังหวัด</p> <p><u>ระดับการพัฒนาความเข้มแข็งชุมชนยั่งยืน</u></p> <p>มีนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ช่วยลดหรือจัดการปัญหาความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เช่น ระบบเฝ้าระวังอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน เป็นต้น</p> <p><u>โดยหมู่บ้านที่ผ่านการประเมิน อย่างน้อยต้องผ่านการประเมินระดับการเตรียมความพร้อมชุมชน และระดับการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน ทุกข้อ</u></p> <p>โดยมีกิจกรรมที่ต้องดำเนินการดังนี้</p> <p>2.1 มีแผนงานเพื่อขับเคลื่อนให้เกิดตำบลที่มีชุมชน/หมู่บ้าน ที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในชุมชนระยะยาว</p> <p>2.2 ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมร้อยละ 100 (อย่างน้อยตำบลละ 1 ชุมชน/หมู่บ้าน)</p>						
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<table border="1" data-bbox="563 1126 1361 1245"> <tr> <td data-bbox="563 1126 828 1184">ปี 2558</td> <td data-bbox="828 1126 1093 1184">ปี 2559</td> <td data-bbox="1093 1126 1361 1184">ปี 2560</td> </tr> <tr> <td data-bbox="563 1184 828 1245">-</td> <td data-bbox="828 1184 1093 1245">-</td> <td data-bbox="1093 1184 1361 1245">71.63</td> </tr> </table>	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	-	-	71.63
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560					
-	-	71.63					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพช./สสอ./รพ.สต./อปท.						
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	<p>1.แบบรายงานผลการดำเนินงานฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ</p> <p>2.สรุปผลการประเมินตำบลที่ผ่านการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน(Active Communities)</p>						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><u>การดำเนินงานตำบลชุมชนจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม</u></p> <p><u>(สสอ.)</u></p> <p><u>จำนวนตำบลที่ผ่านการประเมินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม X 100</u></p> <p>จำนวนตำบลทั้งหมด</p>						
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย						
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	<p>1.นางอุไรรัตน์ กลั้วประทุม โทร 089-844-1534</p> <p>2.นายศุภชัย ปิตตานัง โทร 081-760-4033 Email-env.korat@gmail.com</p>						

26. ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 26	ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุขสำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ที่กำหนด					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100 ของหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัด สสจ.นม. มีการดำเนินงานมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์มาตรฐาน (รพท./รพช. /รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ในระดับเริ่มต้นพัฒนา และรพ.สต. พัฒนาผ่านเกณฑ์ในระดับดีได้อย่างน้อยอำเภอละ 1 แห่ง)					
ความหมาย/คำนิยาม	<p>1.หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง รพ.สต. , รพ.ช. และ รพ.ท. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.มาตรฐานคลินิกอาชีวอนามัยในสถานบริการ หมายถึง แนวทางที่กำหนดขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสาธารณสุขนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการจัดบริการด้านอาชีวอนามัยในสถานบริการ เป็นเกณฑ์มาตรฐานที่พัฒนาและกำหนดขึ้นโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค แบ่งเกณฑ์มาตรฐานตามระดับหน่วยบริการ ดังนี้</p> <p>2.1 มาตรฐานของ รพ.สต. จำนวน 25 ข้อย่อย แบ่งเป็น 5 องค์กรประกอบ ได้แก่ องค์กรประกอบที่ 1.) การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย มีจำนวน 5 ข้อ องค์กรประกอบที่ 2.) กระบวนการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีจำนวน 5 ข้อ องค์กรประกอบที่ 3.) การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกสำหรับผู้ประกอบอาชีพในชุมชนและประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษ มีจำนวน 6 ข้อ องค์กรประกอบที่ 4.) กระบวนการให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับ การดูแลต่อเนื่องและฟื้นฟูสมรรถภาพ มีจำนวน 5 ข้อ องค์กรประกอบที่ 5.)การจัดเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จำนวน 4 ข้อ</p> <p>2.2 มาตรฐานของ รพ.ช. จำนวน 42 ข้อย่อย แบ่งเป็น 5 องค์กรประกอบ ได้แก่ องค์กรประกอบที่ 1.) การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย มีจำนวน 8 ข้อ, องค์กรประกอบที่ 2.) การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล มีจำนวน 13 ข้อ, องค์กรประกอบที่ 3.) การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกแก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก มีจำนวน 6 ข้อ, องค์กรประกอบที่ 4.) การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีจำนวน 9 ข้อ และ องค์กรประกอบที่ 5.) การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 6 ข้อ</p> <p>2.3 มาตรฐานของ รพ.ท. จำนวน 48 ข้อ แบ่งเป็น 5 องค์กรประกอบ ได้แก่ องค์กรประกอบที่ 1) การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัย มีจำนวน 9 ข้อ องค์กรประกอบที่ 2) การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล มีจำนวน 10 ข้อ องค์กรประกอบที่ 3) การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุกสำหรับผู้รับบริการภายนอก มีจำนวน 9 ข้อ องค์กรประกอบที่ 4) การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อและการฟื้นฟูสภาพ มีจำนวน 12 ข้อ และองค์กรประกอบที่ 5) การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีจำนวน 8 ข้อ</p>					
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี งบประมาณ	หน่วยงาน	ระดับการพัฒนา			
			เริ่มต้นพัฒนา	ดี	ดีมาก	ดีเด่น
	2558	รพ.สต.	319	28	0	0

	รพ.ช./ท/ศ	27	0	1	0
2559	รพ.สต.	282	60	5	0
	รพ.ช./ท/ศ	31	0	1	1
2□60	รพ.สต.	277	65	2	3 *
	รพ.ช./ท/ศ	(29) 2	0	1	1

หมายเหตุ รวม รพ.มหาราชนครราชสีมา **61 จะปรับใช้เกณฑ์ใหม่

- ผ่านประเมินโดยคณะกรรมการจังหวัด และรอส่วนกลางรับรองผล

ผลงานด้านคุณภาพ แม้ว่าหน่วยบริการสาธารณสุขจะมีการดำเนินกิจกรรมตามเกณฑ์มาตรฐานในระดับต่างๆ ที่กำหนด แต่ขาดการพัฒนายกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้น รวมถึงการขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนา และพบว่ากระบวนการหนุนเสริมเพื่อการพัฒนาของหน่วยบริการ รพ.สต. จาก สสอ. บางแห่งยังเกิดความไม่ชัดเจน และไม่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้งมีข้อจำกัดเรื่องการปรับเปลี่ยนรายละเอียดของเกณฑ์ในบางประเด็น จึงทำให้หน่วยบริการไม่ได้รับการหนุนเสริมการทำงานเท่าที่ควรสำหรับ รพ.ช. พบว่ามีการดำเนินกิจกรรมทุกแห่ง แต่การพัฒนายกระดับยังเกิดขึ้นได้ช้า เนื่องจากเกณฑ์มีการปรับเปลี่ยนใหม่ ในปี 2560 ผู้รับผิดชอบงานยังเข้าใจเกณฑ์ไม่ถูกต้องในหลายประเด็น

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ดำเนินการใน รพ.ท., รพ.ช. และ รพ.สต. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาทุกแห่ง โดย สสอ./รพช. เป็นหน่วยงานสนับสนุนการพัฒนาในระดับ รพ.สต. ในพื้นที่รับผิดชอบ

แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล -รพ.ท. , รพ.ช. และ รพ.สต. แหล่งข้อมูลได้แก่ รายงานผลการดำเนินการตามแบบประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการคลินิกอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ที่ออกโดยสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ใช้ปัจจุบัน (2560) และเอกสารประกอบกระบวนการพัฒนาของหน่วยบริการแต่ละแห่ง
- สำหรับ รพ.สต. ตัวแทนอำเภอ ที่พัฒนาเป็นระดับดี ใช้ผลจากการประเมินของทีมประเมินระดับจังหวัด-สสอ. เอกสารที่จัดเก็บคือ แบบรายงานผลการดำเนินงานใน รพ.สต. และแบบสรุปผลการดำเนินกิจกรรมในระดับอำเภอ ที่ประกอบด้วยรายงานผลการประเมินตนเองของ รพ.สต. ในสังกัด, การวิเคราะห์และตั้งเป้าหมาย รพ.สต. เพื่อการพัฒนาและยกระดับตามศักยภาพ และรายงานผลการพัฒนาและยกระดับตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนา

สูตรคำนวณตัวชี้วัด **การจัดบริการตามมาตรฐานคลินิกอาชีวอนามัย**
1.ระดับ รพ.สต. ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ แบ่งระดับการพัฒนากออกเป็น 4 ระดับ คือ
 1.1 เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1และ3 ร้อยละ 50)
 1.2 ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2,3 ร้อยละ 50)
 1.3 ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2,3,4 ร้อยละ 50)
 1.4ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2,3,4,5 ร้อยละ 50)
2.ระดับ รพ.ช. ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ แบ่งระดับการพัฒนากออกเป็น 4 ระดับ คือ
 2.1 เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2 ร้อยละ 70)
 2.2 ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2,3 ร้อยละ 70 และ5ร้อยละ 50)

	<p>2.3 ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2,3 ร้อยละ 70 และ 5 ร้อยละ 60)</p> <p>2.4 ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5 ร้อยละ 70)</p> <p><u>3. ระดับ รพ.ท.. ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ แบ่งระดับการพัฒนากออกเป็น 4 ระดับ คือ</u></p> <p>3.1 เริ่มต้นพัฒนา (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2 ร้อยละ 80)</p> <p>3.2 ดี (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2,3 ร้อยละ 80 และ 5 ร้อยละ 50)</p> <p>3.3 ดีมาก (ผ่านองค์ประกอบที่ 1,2,3 ร้อยละ 80 และ 5 ร้อยละ 70)</p> <p>3.4 ดีเด่น (ผ่านองค์ประกอบที่ 1-5 ร้อยละ 80)</p> <p><u>4.ระดับ สสอ. พิจารณาจากจำนวน รพ.สต. ที่ดำเนินการและผลการพัฒนา</u></p> <p>ขั้นที่ 1 ดูจำนวน รพ.สต. ที่ดำเนินการว่ามีการดำเนินการครบทุกแห่งหรือไม่ จากแบบประเมินตนเองของ รพ.สต. ที่ สสอ. ได้สรุปไว้ และการส่งสรุปรายงานมาที่ สสจ.นม.</p> <p>ขั้นที่ 2 พิจารณาจากสรุปรผลการพัฒนา รพ.สต. ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ของ สสอ.</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	<p>งานอาชีวอนามัยและควบคุมโรคจากสิ่งแวดล้อม</p> <p>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</p>
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	<p>ดร.วีระพล วงษ์ประพันธ์ โทร 084-471-2602</p> <p>e-mail Werapol_phd@Yahoo.co.th</p>

2. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

*1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ

27. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)

ตัวชี้วัดที่ 27	ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 36
ความหมาย / คำนิยาม	<p>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีมให้การดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คน ± 20 %</p> <p>ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ 4 คน ทันตภิบาล 1 คน เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข 4 คน แพทย์แผนไทย 1 คน รวมทีมให้บริการ 3 ทีม (ตามบริบทของพื้นที่อำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ(Primary Care Cluster) 1 Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน แพทย์แผนไทย/ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 3 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน(ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี 2561 อาจเริ่มต้นที่ 50 %)</p> <p>พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว</p>
ผลงานย้อนหลัง3ปี	- ปี 2559 จำนวน 6 ทีม - ปี 2560 จำนวน 12 ทีม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย รพศ./รพท./รพช./รพสต. จำนวน 52 ทีม
แหล่งข้อมูล /วิธีการเก็บข้อมูล	1. ข้อมูลระบบการลงทะเบียน คลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) 2. ผลการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) ได้แก่ บุคลากร ระบบบริการ ระบบส่งต่อ ส่งกลับ ระบบข้อมูล โครงสร้างพื้นฐาน เป็นต้น
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมาย รวม 70 ทีม(จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ ปี 2561 จำนวน 52 ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิมจากปี 2559-2560 จำนวน 18 ทีม)</p> <p>B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี 2564 จำนวน 125 ทีม)</p>
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้ประสานงาน / โทรศัพท์/e-mail	<p>1. คุณจักรพงษ์ รวิยะวงศ์ งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ 081 266 3235 , 044 465010 ต่อ 315 e-mail : pcukorat@gmail.com</p> <p>2. คุณอัญชัญ เค็มกระโทก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 089- 865-8631 โทร.044-465010-4 ต่อ 315 e-mail pcukorat@gmail.com</p> <p>3. นางคณินิจ หุตะวัฒนะ งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ 081 7897390, 044 465010 ต่อ 315 e-mail : pcukorat@gmail.com</p>

แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (17 โครงการ 20 ตัวชี้วัด)

1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

28. สถานบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดี

ตัวชี้วัดที่ 28	สถานบริการผ่านเกณฑ์ประเมิน NCD clinic plus ระดับดี
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70
ความหมาย / คำนิยาม	<p>คลินิก NCD คุณภาพ หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วยเพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุม ความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ</p> <p>คลินิก NCD คุณภาพ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กระบวนการพัฒนา NCD คุณภาพ (ร้อยละ 50) ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1) มีทิศทางและนโยบาย (มีเกณฑ์ย่อย 6 ข้อ) 2) มีระบบสารสนเทศ (มีเกณฑ์ย่อย 4 ข้อ) 3) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ(มีเกณฑ์ย่อย 6 ข้อ) 4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (มีเกณฑ์ย่อย 4 ข้อ) 5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (มีเกณฑ์ย่อย 3 ข้อ) 6) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (มีเกณฑ์ย่อย 3 ข้อ) 2. ผลลัพธ์การพัฒนา NCD คุณภาพ (ร้อยละ 50) ประกอบด้วย <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) 2. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (HbA1C น้อยกว่า 7 %) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40) 3. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน และมี LDL < 100 mg/dl (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) 4. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Retinal exam (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) 5. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ Complete foot exam (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) 6. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 mmHg (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60) 7. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง(รอบเอว มากกว่า (ส่วนสูง(ซม.)/2)) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2) 8. อัตราการเกิดภาวะ Hypoglycemia ในผู้ป่วยเบาหวาน(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2) 9. อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำ(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) 10. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง (ไม่เกินร้อยละ 2.4) 11. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90) 12. อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.5) 13. ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (น้อยกว่า 140/90 mmHg) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50) 14. อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต(ไม่น้อยกว่าร้อยละ

	80) 15.อัตราผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80) (ข้อมูลด้านผลลัพธ์ ใช้ข้อมูลจากHDC)			
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี				
	ปี	เป้าหมาย	ผลงาน	ร้อยละ
	2560		30	90.9
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	คลินิก NCD ใน รพท.รพช. ในจังหวัดนครราชสีมา			
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลด้านกระบวนการจากการลงประเมินในพื้นที่ และการประเมินตนเองของสถานบริการ ข้อมูลด้านผลลัพธ์ จาก HDC กระทรวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ใช้แบบประเมิน NCD คุณภาพ plus ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข โดย คะแนนระดับดีเด่น 85 -100 คะแนนระดับดีมาก 80 - 84 คะแนนระดับดี 70 - 79 คะแนนระดับพื้นฐาน 60 - 69			
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานเบาหวานความดันโลหิตสูง กลุ่มงาน โรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด			
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร	นางปัทมา แจ่มจำรูญ 0830245162			
E mail	E mail koratncd @gmail.com			

*2. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

29. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

<p>ตัวชี้วัดที่ 29</p>	<p>ร้อยละของอำเภอมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่1 ทุกแห่ง และชั้นที่ 2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 - โรงพยาบาลขนาด 150 เตียง มีแผนปฏิบัติการด้าน AMR และอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 10 จาก BASELINE - รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์การใช้ยา ATB ใน URI และ AD ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด
<p>ความหมาย/คำนิยาม</p>	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ตามแนวทาง PLEASE ดังนี้</p> <p><u>กิจกรรมที่ 1 (P = PTC ; Pharmaceutical and Therapeutic Committee)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำคำสั่งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยสมาชิกวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์/แพทย์เฉพาะทาง/ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล สาธารณสุขอำเภอ นักวิชาการ สาธารณสุข ฯลฯ และกำหนดบทบาทหน้าที่เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับอำเภอ ● จัดการประชุมอย่างน้อยปีละ 4 ครั้ง โดยมีการกำหนดวาระและสรุปรายงานการประชุม ที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณากรอบบัญชียา(รพ. และ รพสต.) ค้นหา/วิเคราะห์ปัญหาด้านการใช้ยา การจัดทำแผนงาน/โครงการ การกำกับติดตาม และสรุปผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยและสมเหตุผล ● จัดส่งผลการประเมินศักยภาพคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดอย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี <p><u>กิจกรรมที่ 2 (L = Labelling/communication)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● จัดทำโครงการ/กิจกรรม/สื่อสนับสนุน เพื่อพัฒนาระบบการสื่อสารข้อมูลการใช้ยาให้กับประชาชน เช่น การจัดทำฉลากภาษาไทย การพัฒนาระบบ counseling/ระบบให้คำปรึกษาด้านยา โดยเน้นความร่วมมือในการใช้สื่อทั้งด้านผู้ให้และผู้รับบริการ <p><u>กิจกรรมที่ 3 (E = Essential tools และ S = Special population)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลจัดทำเกณฑ์การสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ได้แก่ ความดันเลือดสูง เบาหวาน โรคข้อเสื่อม โรคไตเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และเกณฑ์การสั่งใช้ยาในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (S = Special population) ได้แก่ ผู้สูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนจากยา โดยกำหนดให้อัตราการใช้ยาไม่มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในตัวชี้วัดย่อย ● จัดทำแนวทางการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (Responsible Use of Antibiotics : RUA) ในกลุ่มโรค/อาการดังนี้ โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory tract infection; URI) และหลอดลมอักเสบ (Acute bronchitis), โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea), การรักษาแผลสด (Fresh Traumatic Wound), การป้องกันการติดเชื้อในสตรีคลอดปกติ ครบกำหนดทางช่องคลอด (Prophylaxis in Vaginal Delivery of Normal Term Labor) โดยกำหนดให้อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะไม่มากกว่าเกณฑ์ที่กำหนด <u>กิจกรรมที่ 4 (E = Ethic)</u> ● จัดส่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเรื่องเกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการจัดซื้อจัดหาและการส่งเสริมการขายเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลทุกแห่ง อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี <p>2. หน่วยบริการปฐมภูมิส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ (RUA ; Responsible Use of Antibiotics) ประกอบด้วย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์การใช้ยา ATB ใน URI และ AD ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของจำนวน รพ.สต.ทั้งหมด</p> <p>3. โรงพยาบาลแผนปฏิบัติการด้าน AMR ; Anti-microbial Resistance หมายถึง แผนงานเพื่อลดการ</p>

	<p>ดื้อยาของเชื้อแบคทีเรีย 7 ชนิด ได้แก่ Acinetobacter spp., Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumonia และ Pseudomonas spp. Salmonella spp. Streptococcus pneumonia โดยกำหนดเป้าหมายให้ดื้อยาลดลงร้อยละ ๑๐ จาก BASELINE</p> <p>4. การประเมินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ หมายถึง การประเมินตามเกณฑ์เภสัชกรรมปฐมภูมิปี 2561 ซึ่งบูรณาการร่วมกับเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต. ติดดาว) ตามหนังสือชี้แจง นม. ๐๐๓๒.๐๐๔/ว๔๓๗ ลงวันที่ ๖ มีนาคม ๒๕๖๐ ประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรม 4 ด้านดังนี้</p> <p>4.1 ด้านบุคลากร (คะแนนเต็ม 4)</p> <p>4.2 ด้านบริหารเวชภัณฑ์ในงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ (คะแนนเต็ม 40)</p> <p>4.3 ด้านงานบริการเภสัชกรรมและความปลอดภัยด้านยา (คะแนนเต็ม 26)</p> <p>4.4 ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภคในหน่วยบริการปฐมภูมิ (คะแนนเต็ม 18)</p>
ผลงานย้อนหลัง3ปี	<p>ปี 2557-2559 หน่วยบริการเข้าร่วมโครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล 1 แห่ง</p> <p>ปี 2560 หน่วยบริการผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ 1 จำนวน 4/33 แห่ง (12.12%)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>สถานพยาบาลรัฐและเอกชน ร้านขายยา และสถานประกอบการที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. การสำรวจโดยแบบประเมิน/แบบสอบถาม</p> <p>2. การรายงานในแบบรายงาน/ระบบรายงาน</p>
แหล่งข้อมูล	<p>ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC</p> <p>ข้อมูลจากโรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>ระบบรายงานเฉพาะกิจตัวชี้วัด RDU ของกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>แบบรายงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ปี 2561</p>
สูตรการคำนวณ	<p>$(A/B) \times 100$</p> <p>A = อำเภอที่มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU)</p> <p>B = จำนวนอำเภอทั้งหมด (33 อำเภอ)</p> <p>การป่วยจากเชื้อดื้อยา = $(C/D) \times 100$</p> <p>C = จำนวนผู้ป่วย* ที่ติดเชื้อในกระแสเลือด (bacteremia) ของแบคทีเรียดื้อยา ๗ ชนิด ได้แก่ Acinetobacter spp., Staphylococcus aureus, Escherichia coli, Klebsiella pneumonia และ Pseudomonas spp. Salmonella spp. Streptococcus pneumonia</p> <p>(*๑.ไม่รวมผู้ป่วยติดเชื้อแบคทีเรียชนิดเดียวกันเป็นครั้งที่สองในรอบปีเดียวกัน ๒.กรณีผู้ป่วยติดเชื้อมากกว่า ๑ ชนิด ให้นับเป็นข้อมูลเพิ่มตามจำนวนชนิดเชื้อที่ต่างกัน)</p> <p>D = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งตรวจเลือดเพาะเชื้อทั้งหมด</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	<p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข (คป)</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินการ เบอร์โทรศัพท์/e-mail	<p>1. นางศุภธิดา วิสุทพิพัฒน์สกุล E-mail : dmsickorat@hotmail.com</p> <p>2. นางสุภาพร บุตรโคตร E-mail : fdakorat@hotmail.com</p> <p>2. นางปิยนุช พันธุ์รังสี E-mail : fdakorat@hotmail.com</p> <p>โทรศัพท์ 044 – 465010 – 10 ต่อ 105, 106</p>

3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์

30. ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง

ตัวชี้วัดที่ 30	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง			
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ลดลงร้อยละ 10			
ความหมาย/นิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ,สาขาโรคมะเร็ง, สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพ ของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)			
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ผลงานจังหวัดนครราชสีมา ปี 2558,2559 และ 2560 อัตราตายทารกแรกเกิด ดังนี้			
	ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
	ร้อยละ	3.01	2.2	3.44
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ			
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	HDC กระทรวงสาธารณสุข/จังหวัดและเขตสุขภาพจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข			
สูตรคำนวณ	$(A-B)/A \times 100$ (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ12 เดือน) A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2559 B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2560			
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานรักษาพยาบาล กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ			
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์ /e-mail	น.ส.อรจิรา อัจหาญ เบอร์โทร 0 4446 5010-4			

4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด

31. 1) อัตราตายทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัดที่ 31	อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่า หรือเท่ากับ 28 วัน								
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ลดอัตราตายของทารกอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน								
ความหมาย/นิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอด รอดออกมามีชีวิต ที่เสียชีวิตเมื่ออายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน								
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ผลงานจังหวัดนครราชสีมา ปี 2558, 2559 และ 2560 อัตราตายทารกแรกเกิด ดังนี้ <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ</td> <td>ปี 2558</td> <td>ปี 2559</td> <td>ปี 2560</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>3.01</td> <td>2.2</td> <td>3.44</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	ร้อยละ	3.01	2.2	3.44
ปีงบประมาณ	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560						
ร้อยละ	3.01	2.2	3.44						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่เกิดมามีชีวิตในหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(รพศ./รพท./รพช./รพสต.)								
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	-เก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานของโรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพสต.) -ใช้ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย								
สูตรคำนวณ	A=จำนวนทารกที่เสียชีวิตเมื่ออายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน B=จำนวนทารกแรกเกิดมีชีวิต สูตรคำนวณ (A/B)×1,000								
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานอนามัยแม่และเด็ก กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ								
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์ / e-mail	นางจิราพรรณ ภักดีณรงค์ เบอร์โทร 0 4446 5010-4 ต่อ 305 มือถือ 091831 9328 Email: mchb509@gmail.com								

5. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

32. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)

ตัวชี้วัดที่ 32	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)												
เกณฑ์เป้าหมาย	-ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่มต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) - โรงพยาบาลมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมวิชาการ การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง												
ความหมาย / คำนิยาม	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย ทั้งหมด 1.1. CA (Advance CA , PPS \leq 60%) 1.2. NON CA ใช้เกณฑ์ palliative คัดแปลงจากเกณฑ์ของ NHO specific disease criteria (Lynn,2001)												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>กลุ่มโรค</th> <th>เกณฑ์การวินิจฉัย</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">Advance diseases with poor prognosis</td> </tr> <tr> <td>1. Heart Disease*</td> <td>1. อาการหัวใจวาย Heart failure ที่รักษายาก หรือ เกิดบ่อยซ้ำๆ 2. มีอาการเจ็บหน้าอกร่วมกับมีอาการหัวใจวาย Heart failure มีข้อ 1 หรือ 2 ร่วมกับ - เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาที่ดีที่สุดแล้ว ประกอบด้วยยาขับปัสสาวะและยาขยายหลอดเลือด - มีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี เช่น มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ, มีประวัติcardiac arrestที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ</td> </tr> <tr> <td>2.COPD*</td> <td>1. FEV1<30% 2. ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ 3. เดินได้ไม่กี่ก้าวก็หอบ</td> </tr> <tr> <td>3.Renal disease*</td> <td>1. GFR < 10 ml/min, serum Cr >8 mg/dl แต่ปฏิเสธ dialysis 2. ESRD ที่ไม่ได้ทำ dialysisต่อเนื่องหรือ ESRD ที่ควรทำ dialysis แต่ปฏิเสธ ร่วมกับมีภาวะดังนี้ -ของเสียคั่ง uremia -ปัสสาวะออกน้อย -hyperkalemia ที่แก้ไม่ได้ -เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ pericarditis -มีตับวายร่วมด้วย hepatorenal syndrome -น้ำเกินที่รักษาไม่หาย -ติดเชื้อในกระแสเลือด sepsis, DIC, HIV หรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง -Cachexia ชูบผอม อายุ >75 ปี</td> </tr> <tr> <td>4. Cortical* dementia</td> <td>1. ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ 2. พุดน้อยกว่า 6 คำ 3. นอน รพ. ในช่วง 6 เดือนจากการติดเชื้อ aspirate pneumonia 4. น้ำหนักลด กลืนไม่ได้ ผอมมาก</td> </tr> </tbody> </table>	กลุ่มโรค	เกณฑ์การวินิจฉัย	Advance diseases with poor prognosis		1. Heart Disease*	1. อาการหัวใจวาย Heart failure ที่รักษายาก หรือ เกิดบ่อยซ้ำๆ 2. มีอาการเจ็บหน้าอกร่วมกับมีอาการหัวใจวาย Heart failure มีข้อ 1 หรือ 2 ร่วมกับ - เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาที่ดีที่สุดแล้ว ประกอบด้วยยาขับปัสสาวะและยาขยายหลอดเลือด - มีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี เช่น มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ, มีประวัติcardiac arrestที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ	2.COPD*	1. FEV1<30% 2. ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ 3. เดินได้ไม่กี่ก้าวก็หอบ	3.Renal disease*	1. GFR < 10 ml/min, serum Cr >8 mg/dl แต่ปฏิเสธ dialysis 2. ESRD ที่ไม่ได้ทำ dialysisต่อเนื่องหรือ ESRD ที่ควรทำ dialysis แต่ปฏิเสธ ร่วมกับมีภาวะดังนี้ -ของเสียคั่ง uremia -ปัสสาวะออกน้อย -hyperkalemia ที่แก้ไม่ได้ -เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ pericarditis -มีตับวายร่วมด้วย hepatorenal syndrome -น้ำเกินที่รักษาไม่หาย -ติดเชื้อในกระแสเลือด sepsis, DIC, HIV หรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง -Cachexia ชูบผอม อายุ >75 ปี	4. Cortical* dementia	1. ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ 2. พุดน้อยกว่า 6 คำ 3. นอน รพ. ในช่วง 6 เดือนจากการติดเชื้อ aspirate pneumonia 4. น้ำหนักลด กลืนไม่ได้ ผอมมาก
กลุ่มโรค	เกณฑ์การวินิจฉัย												
Advance diseases with poor prognosis													
1. Heart Disease*	1. อาการหัวใจวาย Heart failure ที่รักษายาก หรือ เกิดบ่อยซ้ำๆ 2. มีอาการเจ็บหน้าอกร่วมกับมีอาการหัวใจวาย Heart failure มีข้อ 1 หรือ 2 ร่วมกับ - เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยารักษาที่ดีที่สุดแล้ว ประกอบด้วยยาขับปัสสาวะและยาขยายหลอดเลือด - มีปัจจัยอื่นๆ ที่ทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี เช่น มีอาการหัวใจเต้นผิดจังหวะ, มีประวัติcardiac arrestที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ												
2.COPD*	1. FEV1<30% 2. ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ 3. เดินได้ไม่กี่ก้าวก็หอบ												
3.Renal disease*	1. GFR < 10 ml/min, serum Cr >8 mg/dl แต่ปฏิเสธ dialysis 2. ESRD ที่ไม่ได้ทำ dialysisต่อเนื่องหรือ ESRD ที่ควรทำ dialysis แต่ปฏิเสธ ร่วมกับมีภาวะดังนี้ -ของเสียคั่ง uremia -ปัสสาวะออกน้อย -hyperkalemia ที่แก้ไม่ได้ -เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ pericarditis -มีตับวายร่วมด้วย hepatorenal syndrome -น้ำเกินที่รักษาไม่หาย -ติดเชื้อในกระแสเลือด sepsis, DIC, HIV หรือมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง -Cachexia ชูบผอม อายุ >75 ปี												
4. Cortical* dementia	1. ทำกิจวัตรประจำวันไม่ได้ 2. พุดน้อยกว่า 6 คำ 3. นอน รพ. ในช่วง 6 เดือนจากการติดเชื้อ aspirate pneumonia 4. น้ำหนักลด กลืนไม่ได้ ผอมมาก												

	<p>5. HIV/AIDS*</p> <p>1. มีภาวะอื่นๆที่คุกคามชีวิตร่วมด้วย</p> <p>2. มีปัจจัยอื่นๆที่ทำให้พยากรณ์โรคไม่ดี เช่น</p> <p>- ปฏิเสธการเข้าโครงการรับยารักษาโรคติดเชื้อHIV และ CD4 ต่ำกว่า 500</p> <p>หมายเหตุ * PPS ≤ 60%</p>
ผลงานย้อนหลัง3ปี	โรงพยาบาลมีพยาบาลที่ผ่านการอบรมวิชาการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง 28 แห่ง (84.84 %)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกระดับ A, S, M1-2, F1-3
แหล่งข้อมูล /การเก็บข้อมูล	แบบรายงาน การดูแลแบบประคับประคอง
สูตรคำนวณ	-
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้ประสานงาน / โทรศัพท์/e-mail	<p>1. คุณจักรพงษ์ รวิยะวงศ์ งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ 081 266 3235 , 044 465010 ต่อ 315 e-mail : pcukorat@gmail.com</p> <p>2. คุณอัญชัญ เค็มกระโทก นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 089- 865-8631 โทร.044-465010-4 ต่อ 309e-mail : pcukorat@gmail.com</p>

6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ

33. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน

ตัวชี้วัดที่ 33	ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
เป้าหมาย (เกณฑ์)	รพศ. 5 % , รพท. 16.5% , รพ. M1M2 18 % , รพช. 20 % , รพ. สต.(อ.เมือง) 16% และ รพ. สต. 23 %
ความหมาย/คำนิยาม	<p>1. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการการตรวจ รักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพที่โรงพยาบาล แต่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และไม่รับบริการตรวจคัดกรอง</p> <p>2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การทาบหม้อเกลือ - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน <p>3. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสุขภาพ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝึกสมาธิบำบัด / มนตราบำบัด / โยคะบำบัด และ - การฝังเข็ม <p>4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>6. จำนวน (ครั้ง/รายการ) ผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีความหมายเพื่อการจัดเก็บข้อมูล ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1 แพทย์แผนปัจจุบัน/จนท.สาธารณสุข มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร (นับ 1 ครั้ง) 6.2 แพทย์แผนไทย มีการตรวจวินิจฉัยโรคเวชกรรมไทย/ ส่งจ่ายยาสมุนไพร (นับ 1 ครั้ง) 6.3 การบริการนวด อบ ประคบ (นับ 1 ครั้ง) 6.4 การบริการด้านการผดุงครรภ์ เช่น การทาบหม้อเกลือ (นับ 1 ครั้ง) 6.5 การบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (แยกรายงานย่อย 6.2 ไม่นับซ้ำ) 6.6 การบริการฝังเข็ม รหัสหัตถการ(ICD9) 9991, 9992, 9335 (นับ 1 ครั้ง) 6.7 การส่งเสริมสุขภาพ (มีการบันทึกในเวชระเบียน) (U77) (นับ 1 ครั้ง) แบ่งเป็น 2 หมวด การแพทย์แผนไทย ได้แก่ บริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน นวด-อบเพื่อสุขภาพ อาหารสุขภาพ และการแพทย์ทางเลือก

	การบริการสมาชิกบำบัด และอื่นๆ																																															
ผลงานย้อนหลัง	<p>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน</p> <p>ตารางแสดงร้อยละบริการแผนไทย หน่วยบริการ ระดับ รพศ. , รพช. และรพ.สต.</p> <p>เปรียบเทียบปี 2557-2560</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปี</th> <th>รพศ.</th> <th>รพช.</th> <th>รพ.สต.</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2557</td> <td>3.46</td> <td>10.05</td> <td>15.38</td> <td>12.03</td> </tr> <tr> <td>2558</td> <td>2.98</td> <td>12.98</td> <td>21.31</td> <td>16.29</td> </tr> <tr> <td>2559</td> <td>3.33</td> <td>16.26</td> <td>21.65</td> <td>17.00</td> </tr> <tr> <td>2560(Q3)</td> <td>3.32</td> <td>16.16</td> <td>27.10</td> <td>20.20</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลในตารางคำนวณจากร้อยละของกิจกรรมที่ผู้ป่วยมารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก(ครั้ง) กับจำนวนกิจกรรมที่ผู้ป่วยมารับบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมด(ครั้ง)</p>	ปี	รพศ.	รพช.	รพ.สต.	รวม	2557	3.46	10.05	15.38	12.03	2558	2.98	12.98	21.31	16.29	2559	3.33	16.26	21.65	17.00	2560(Q3)	3.32	16.16	27.10	20.20																						
ปี	รพศ.	รพช.	รพ.สต.	รวม																																												
2557	3.46	10.05	15.38	12.03																																												
2558	2.98	12.98	21.31	16.29																																												
2559	3.33	16.26	21.65	17.00																																												
2560(Q3)	3.32	16.16	27.10	20.20																																												
กลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.																																															
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	ข้อมูลในโปรแกรมให้บริการ (Hos Xp) 43 แฟ้ม																																															
สูตรคำนวณ	<p>ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน (น้ำหนัก 50%)</p> <p>A = จำนวน (ครั้ง/รายการ) ผู้ป่วยนอก ที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ</p> <p>B = จำนวน(ครั้ง/รายการ)ผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ</p> <p>C= ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยนอกที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน</p> <p>$C = A/B \times 100$</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หน่วยบริการ ระดับ</th> <th colspan="5">คะแนน/ร้อยละบริการแพทย์แผนไทย</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพศ.</td> <td>1-<3</td> <td>≥ 3</td> <td>≥ 3.5</td> <td>≥ 4</td> <td>≥ 4.5</td> </tr> <tr> <td>รพท.</td> <td>1-<9</td> <td>≥ 9</td> <td>≥ 10</td> <td>≥ 11</td> <td>≥ 12</td> </tr> <tr> <td>รพ.ม2</td> <td>1-<14</td> <td>≥ 14</td> <td>≥ 15</td> <td>≥ 16</td> <td>≥ 17</td> </tr> <tr> <td>รพ.สต.(อ.เมือง)</td> <td>1-<16.5</td> <td>≥ 16.5</td> <td>≥ 17.5</td> <td>≥ 18.5</td> <td>≥ 19.5</td> </tr> <tr> <td>รพช.</td> <td>1-<14</td> <td>≥ 14</td> <td>≥ 16</td> <td>≥ 18</td> <td>≥ 20</td> </tr> <tr> <td>รพ.สต.</td> <td>1-<19.5</td> <td>≥ 19.5</td> <td>≥ 21.5</td> <td>≥ 23.5</td> <td>≥ 25.5</td> </tr> </tbody> </table> <p>รพ.ม2 หมายถึง รพ.โชคชัย, รพ.นครบุรี,รพ.ด่านขุนทด,รพ.บัวใหญ่ และรพ.พิมาย</p>	หน่วยบริการ ระดับ	คะแนน/ร้อยละบริการแพทย์แผนไทย					1	2	3	4	5	รพศ.	1-<3	≥ 3	≥ 3.5	≥ 4	≥ 4.5	รพท.	1-<9	≥ 9	≥ 10	≥ 11	≥ 12	รพ.ม2	1-<14	≥ 14	≥ 15	≥ 16	≥ 17	รพ.สต.(อ.เมือง)	1-<16.5	≥ 16.5	≥ 17.5	≥ 18.5	≥ 19.5	รพช.	1-<14	≥ 14	≥ 16	≥ 18	≥ 20	รพ.สต.	1-<19.5	≥ 19.5	≥ 21.5	≥ 23.5	≥ 25.5
หน่วยบริการ ระดับ	คะแนน/ร้อยละบริการแพทย์แผนไทย																																															
	1	2	3	4	5																																											
รพศ.	1-<3	≥ 3	≥ 3.5	≥ 4	≥ 4.5																																											
รพท.	1-<9	≥ 9	≥ 10	≥ 11	≥ 12																																											
รพ.ม2	1-<14	≥ 14	≥ 15	≥ 16	≥ 17																																											
รพ.สต.(อ.เมือง)	1-<16.5	≥ 16.5	≥ 17.5	≥ 18.5	≥ 19.5																																											
รพช.	1-<14	≥ 14	≥ 16	≥ 18	≥ 20																																											
รพ.สต.	1-<19.5	≥ 19.5	≥ 21.5	≥ 23.5	≥ 25.5																																											
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก																																															
ชื่อผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์	ภญ.วัลลภา คงฉันทมิตรกุล , ภญ.ตณยฉัตร พานิชเลิศ /044-465011 ต่อ 424, 087 869 3955																																															

7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช

34. ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดที่ 34	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน			
เป้าหมาย (เกณฑ์)	ร้อยละ 65			
5.ความหมาย/ คำนิยาม	<p>การบริการแก่ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.จำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า2Q อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 2.จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า2Q พบผล positive ได้รับการคัดกรองต่อด้วย 9Q 3.จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า9Q พบผล positive ได้รับการคัดกรองต่อด้วย 8Q 4.จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า8Q พบผล positiveได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษาจากแพทย์ <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการที่ได้มาตรฐาน หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้ารระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงปีงบประมาณ 2561 ทั้งรายเก่าและรายใหม่</p>			
6.ข้อมูลพื้นฐาน(Baseline data)/ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี พ.ศ.	2558 (คน)	2559 (คน)	2560 (สค.60)
	ผลงาน	8,702	26,351	29,337
	ร้อยละ	43.68	45.61	50.86
8.ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (ใช้ประชากรกลางปี 2560)			
9.วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปรายงานจากหน่วยบริการ ทุกเดือน			
10.แหล่งข้อมูล	จากรายงาน 43 แห่ง			
11.สูตรการคำนวณ	<p><u>สูตรคำนวณ:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1.$\frac{\text{จำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า2Q (คน)} \times 100}{\text{จำนวนประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทั้งหมดในพื้นที่ (คน)}}$ 2. $\frac{\text{จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า2Q พบผล positive ได้รับการคัดกรองต่อด้วย 9Q (คน)} \times 100}{\text{จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า2Q พบผล positive ทั้งหมด (คน)}}$ 3. $\frac{\text{จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า9Q พบผล positive ได้รับการคัดกรองต่อด้วย 8Q (คน)} \times 100}{\text{จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า9Q พบผล positive ทั้งหมด (คน)}}$ 4. $\frac{\text{จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า8Q พบผล positive}}{\text{จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซึมเศร้า8Q พบผล positive}}$ 			

	<u>ได้รับการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยรักษาจากแพทย์(คน)×100</u> จำนวนประชากรที่ได้รับการคัดกรองโรคซิมเศร้า8Q พบผล positive ทั้งหมด (คน)
15.กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
16.ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการดำเนินการ เบอร์โทรศัพท์/e-mail	นางสาวลีสรัตน์ รักแตงาม เบอร์โทรศัพท์ 04 4465 0104 ต่อ 464/ 09 3368 8896 Email: RAKWALEERAT@GMAIL.COM

35. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ตัวชี้วัดที่ 35	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ			
ความหมาย/คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงๆ เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำสำเร็จ			
ข้อมูลพื้นฐาน(Baseline data)/ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี พ.ศ.	2558 (อัตราต่อแสนปชก.)	2559 (อัตราต่อแสนปชก.)	2560 (สค.60) (อัตราต่อแสนปชก.)
	506DS	7.47	7.26	1.55
	SUICIDER9		5.23	4.26
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สรุปรายงานจากหน่วยบริการ ทุกเดือน			
แหล่งข้อมูล	จากรายงาน รง 506DS แบบรายงานการเฝ้าระวังติดตามผู้ทำร้ายตนเอง			
สูตรการคำนวณ	$(A/B) \times 100,000$ A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ B = จำนวนประชากรกลางปี 2560			
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด			
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินการ เบอร์โทรศัพท์/e-mail	นางสาววลีรัตน์ รักแตงาม เบอร์โทรศัพท์ 04 4465 0104 ต่อ 464/ 09 3368 8896 Email: RAKWALEERAT@GMAIL.COM			

8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก

36. อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)

<p>ตัวชี้วัดที่ 36</p>	<p>อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis) อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</p>
	<p>36.1 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic 36.2 อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม. หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time) 36.3 อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย 36.4 อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>เพื่อลดอัตราการเสียชีวิต จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ 24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis < ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis</p>
<p>ความหมาย/คำนิยาม</p>	<p>1. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock</p> <p>1.1 ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มี SIRS (systemic inflammatory response syndrome) ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) - ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ <p>1.2 ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม</p> <p>2. อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น 2 กลุ่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราตายจาก community-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis <p>3. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis / มีการวินิจฉัย (principle diag) ตาม ICD 10 (R 65.1 : Severe sepsis / R 57.2 : Septic shock) ที่ ER / OPD</p> <p>4. hospital-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดขึ้นหลังจากนอนในโรงพยาบาล มีการวินิจฉัย ตาม ICD 10 (R 65.1 : Severe sepsis / R 57.2 : Septic shock) ที่ IPD</p> <p>5. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) ,ufy'ouh</p> <ul style="list-style-type: none"> - qSOFA ตั้งแต่ 2 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 3) modified early warning score - SOS score (searchout severity) ตั้งแต่ 4 ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ 4) <p>*** ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้</p> <p>6. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆของแต่ละโรงพยาบาล</p> <p>7. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึงผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัส ICD 10 ดังนี้</p>

	<p>R 65.1 : Severe sepsis</p> <p>R 57.2 : Septic shock</p> <p>8. อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic : ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงแล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic</p> <p>9. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time) :</p> <p>10. อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก หมายถึง ผู้ป่วยได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม. แรกหลังวินิจฉัย</p> <p>11. อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม. หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว admission เข้า ICU ภายใน 3 ชม. (sepsis fast track)</p>										
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<p>อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ พ.ศ.2557-2560</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> <th>2560</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราเสียชีวิต (ร้อยละ)</td> <td>45.4</td> <td>45.5</td> <td>39.4</td> <td>37.2</td> </tr> </tbody> </table>	พ.ศ.	2557	2558	2559	2560	อัตราเสียชีวิต (ร้อยละ)	45.4	45.5	39.4	37.2
พ.ศ.	2557	2558	2559	2560							
อัตราเสียชีวิต (ร้อยละ)	45.4	45.5	39.4	37.2							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ										
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ตามแนวทางการเก็บข้อมูลจาก ICD-10 โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด										
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง ของโรงพยาบาล หรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน										
	36. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>$(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) หรือจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity</p> <p>- ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)</p>										
	36.1 อัตราการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic										
รายการข้อมูล C	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(C/B) \times 100$	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้รับ การเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$										
	36.2 อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.										
รายการข้อมูล D	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด $(D/B) \times 100$	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$										
	36.3 อัตราการได้รับ IV fluid 30 ml/kg ใน 1 ชม.แรก										
รายการข้อมูล E	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IVfluid จำนวน 1.5 ลิตร ภายใน 1 ชม.}}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}} \times 100$										

(E/B) × 100	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด
	36.4 อัตราการรับผู้ป่วยเข้า ICU ภายใน 3 ชม.
รายการข้อมูล F	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (F/B) × 100	$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดแบบรุนแรง ที่ได้เข้า ICU ภายใน 3 ชม.} \times 100}{\text{จำนวน ผู้ป่วยติดเชื้ในกระแสเลือดแบบรุนแรง ทั้งหมด}}$
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนารูปแบบบริการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	นางสุภัทรา กฤษเกล้า โทร 044 – 465010-4 ต่อ 452 หรือ 111 /081-8792360 โทรสาร 044 – 466000 E- mail : nuthacc@gmail.com

37. จำนวนโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture

<p>ตัวชี้วัดที่ 37</p>	<p>จำนวนโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture 37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Re fracture) 37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)</p>
<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>1. จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture จังหวัดละ 1 แห่ง 1.1 Re fracture < ร้อยละ 30 1.2 ผ่าตัดแบบ Early surgery >ร้อยละ 50 ขึ้นไป</p>
<p>ความหมาย/คำนิยาม</p>	<p>1. ผู้ป่วย Capture the fracture คือ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากถื่นตราบยชนดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ทุกราย 2. ถื่นตราบยชนดไม่รุนแรง (Fragility fracture) หมายถึง แรงที่มากระทำทำให้ผู้ป่วยล้ม ขณะยืน หรือเดิน เช่น ถื่นตราบยชนดโดยคน/ สัตว์ /ยานพาหนะที่ไม่รุนแรง ลื่นล้มเอง ตกบันไดที่สูง ในระดับที่น้อยกว่าหรือเทียบเท่าความสูงขณะยืนของผู้ป่วย (Equivalent to fall from height) 3. ผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Re fracture) หมายถึง - ผู้ป่วยที่มีภาวะกระดูกหักในตำแหน่งต่อไปนี้ (กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้งส่วนต้น กระดูกข้อเท้า) - จากถื่นตราบยชนดไม่รุนแรงภายหลังการรักษาภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยนับตั้งแต่วันที่หลังจากกระดูกสะโพกหัก และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture เป็นต้น 4. ผู้ป่วยในโครงการ Capture the fracture หมายถึง โรงพยาบาลต้องจัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย ตามคำนิยาม ในข้อ 1 – 2 เพื่อการติดตาม ดูแล ป้องกันกระดูกหักซ้ำ โดยทีม Capture the fracture รวมถึงการเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด 5. การผ่าตัดแบบ Early surgery หมายถึง ผู้ป่วยตามคำนิยาม ในข้อ 1 – 3 ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังเข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน (โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ตามปกติโดยเร็ว และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนาน) 6. กระดูกสะโพกหัก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส ICD 10 1. Femoral neck fracture : S72.000-019 2. Intertroch : S72.100-101, S72.110-111 3. Subtroch : S72.20, 21 7. กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก กระดูกข้อมือ กระดูกต้นแขน กระดูกปลายต้นขา กระดูกหน้าแข้ง ส่วนต้น กระดูกข้อเท้า หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสการบาดเจ็บ ด้วยรหัส ICD 10 1. Compression spine : S22, S32 2. Distal radius : S52 3. Ankle : M80 4. Distal femur : S72 5. Plateau : S82 6. Proximal humerus : S42</p>
	<p>8. ผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการให้รหัสเหตุการณ์ ด้วยรหัส ICD 9 1. THA : 81.51 2. Partial hip replacement : 81.52</p>

	<p>3. Fixation : 79.15, 79.35</p> <p>4. open reduction femur : 79.25</p> <p>5. Close reduction : 79.05</p> <p>6. Fixation : 78.55</p> <p>9. จัดตั้งทีม Capture the fracture (จัดทำคำสั่ง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประกอบด้วย สหสาขาวิชาชีพ (แพทย์/พยาบาล/วิสัญญีแพทย์/วิสัญญีพยาบาล/เภสัช/นักกายภาพบำบัด/ทีมเยี่ยมบ้าน/โภชนากร) ที่ร่วมกันดูแล รักษาผู้ป่วยอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่มีกระดูกสะโพกหัก เนื่องจากกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อภาวะโรคกระดูกพรุน(Osteoporosis) ซึ่งเป็นสาเหตุให้กระดูกหักซ้ำได้ โดยมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดกระดูกหักซ้ำ - ต้องมีบุคลากรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน(Co - ordinator) ในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ - เน้นให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยในชุมชน โดยปีแรก เยี่ยมบ้าน 3 เดือน/ครั้ง นาน 1 ปี จากนั้นปีละครั้ง รวมถึงการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการรับประทานแคลเซียม และวิตามิน ดี อย่างต่อเนื่อง - มีการประเมินปัจจัยเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุนโดยใช้เครื่องมือ FRAX™ ขององค์การอนามัยโลก ในผู้ป่วยตามคำนิยาม ข้อ 1 - 3 ทุกราย <p>(โดยเข้าไปที่ https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=57)</p>
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	NA
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. ผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด (ตามคำนิยาม ข้อ 1 – 3)</p> <p>2. โรงพยาบาลทุกระดับภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ข้อมูลจาก 43 แห่ง ของทุกโรงพยาบาลภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. จากแบบฟอร์มรายงาน</p> <p>โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด</p>
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการจัดตั้งทีม Capture the fracture
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยที่มีกระดูกหักซ้ำภายหลังกระดูกสะโพกหัก (Re fracture)
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture ทั้งหมด (ตามคำนิยาม ข้อ 1 – 3)
รายการข้อมูล 5	E = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture (ตามคำนิยาม ข้อ 1–3) ที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Early surgery
รายการข้อมูล 6	F = จำนวนผู้ป่วย Capture the fracture (ตามคำนิยาม ข้อ 1 – 3) ที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>37. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture = $(A/B) \times 100$</p> <p>37.1 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Re fracture) = $(C/D) \times 100$</p> <p>37.2 ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 72 ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) = $(E/F) \times 100$</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนารูปแบบบริการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	นางสุภัทรา กฤษเกล้า โทร 044 – 465010-4 ต่อ 452 หรือ 111 /081-8792360 โทรสาร 044 – 466000 E- mail : nuthacc@gmail.com

9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ

38. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมและลดอัตราการตายโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง

ตัวชี้วัดที่ 38	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมและลดอัตราการตายโรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง (อัตราการตายโรคหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานควบคุมโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง ผ่านระดับ 4 ในปีงบประมาณ 2561				
ความหมาย / คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. การคัดกรอง CVD ในประชาชนทั่วไป ยึดข้อมูลจากรายงาน Korat Report ในเว็บไซต์ Korathealth (http://www.korathealth.com/korathealth/index.php) 2. การคัดกรอง AF นับจากการคัดกรองโดยใช้แบบทดสอบ CHA₂DS₂-VASc Score และหรือการจับชีพจรเต็มหนึ่งนาที หากมีลักษณะอาการเด่นผิดปกติ ให้ส่งพบแพทย์ตามขั้นตอน 3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หมายถึง การส่งผู้ที่ได้รับการประเมิน CVD Risk ตามรายงาน ความเสี่ยง CVD Risk ใน Korat Report ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไป และมีความเสี่ยงสูงมากเข้ารับการรักษาตามคลินิกบริการที่สอดคล้องตามปัจจัยเสี่ยงที่มีรวมถึงการได้รับยารักษาตามความเหมาะสม เช่น การได้รับยา Antihypertensive drugs ในผู้เป็นความดันโลหิตสูง, ให้อาา Hypoglycemic ในผู้ป่วยเบาหวาน 4. โรคหลอดเลือดหัวใจ คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) รหัส ICD 10 3 หลักแรก เป็น I00-I09, I20-I29 และ I30-I52 โดยนับเฉพาะที่เป็น (Principal diagnosis) PDX. ใน Visit นั้น โดยตัดความซ้ำของ โรงพยาบาลที่รับส่งต่อ (นับเฉพาะโรงพยาบาลที่มีการวินิจฉัยครั้งแรก) และสถานะการจำหน่ายตาย รหัส “9” 5. Stroke จำหน่ายด้วยสถานะตาย คือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่รับไว้นอนพักรักษาใน รพ. (admit) นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป ที่มี principal diagnosis (pdx) ด้วยรหัสโรคอยู่ในกลุ่มรหัสตาม ICD-10 TM ดังนี้ I600 - I699 และจำหน่ายด้วยสถานะตาย รหัส “9” 6. Golden Period ของผู้ป่วย Acute Stroke นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ (ผู้ป่วย Stroke ที่มีอาการ ไม่เกิน 14 วัน) จนถึงการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลรวมถึงการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ทันในเวลา 4.5 ชม. (Onset to door time or Onset to refer time) หรือเมื่อแพทย์แม่ข่าย รับเป็น Case Fast Track 7. การให้อาา Streptokinase ตามแพทย์สั่ง คือ โรคหัวใจชนิด ST-Elevate MI (I210-I213, I220-I221, I228-I229) หลังผ่านกระบวนการ Consult แพทย์ Residence หรือแพทย์เฉพาะทางโรงพยาบาลมหาราชแล้วแพทย์พิจารณาให้อาา Streptokinase และได้ทำการให้อาาตามผลการ Consult 8. ภาคีเครือข่าย เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, อสม., ผู้นำชุมชน, ตัวแทนประชาชนในพื้นที่ และบุคลากรด้านการศึกษา เป็นต้น 				
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	
	อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจต่อแสนประชากร	21.07 (551 ราย)	11.8 (309 ราย)	11.8 (309 ราย)	11.15 (293 ราย ผลงาน 6 เดือน)

	อัตราตายด้วยโรค หลอดเลือดสมอง (Admit แล้วจำหน่าย ด้วยตาย)	1,391/6,410 21.70	1,374/6,665 20.61	911/5,631 16.20	469 /3,041 15.43 (ผลงาน 6 เดือน)																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป																							
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บ ข้อมูล	1.ระบบรายงาน Korat Report ในเว็บไซต์ Korathealth 2. ผลการดำเนินงานในพื้นที่โดยดูจากหลักฐาน/รายงาน ตามที่กำหนด																							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>1.ร้อยละ 60 ของการคัดกรองโดยการจับชีพจร Atrial fibrillation (AF) A = จำนวนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองชีพจรทั้งหมด B = ประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป โดยมีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตและอาศัยอยู่จริง (Type area 1,3) C = ร้อยละของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองชีพจร</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u> $C = \frac{A \times 100}{B}$</p> <p>2.มีทะเบียน (ข้อมูล) ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ติดตามกลุ่มเสี่ยง ระดับ 3 ขึ้นไป/กลุ่มป่วยรายใหม่ รวมถึงหัวใจเต้นผิดปกติชนิดเด่นระริก (Atrial fibrillation) ได้รับการส่งต่อ/รับยารักษา และขึ้นทะเบียนรายใหม่</p> <table border="1" data-bbox="453 1077 1469 1339"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>ไม่ผ่าน</th> <th>ผ่าน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.มีทะเบียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ติดตามกลุ่มเสี่ยง ระดับ 3 ขึ้นไปและทะเบียนส่งต่อผู้สงสัยหัวใจเต้นผิดปกติ</td> <td>ไม่มี</td> <td>มี</td> </tr> <tr> <td>2.มีทะเบียนติดตามกลุ่มป่วยรายใหม่</td> <td>ไม่มี</td> <td>มี</td> </tr> </tbody> </table> <p>3.มีระบบการดำเนินการ/โครงการเรื่องการให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องอาการของการเจ็บป่วยด้วยโรค Stroke/STEMI (Alarm Alert Alive) ทุกตำบล</p> <table border="1" data-bbox="453 1451 1278 1626"> <thead> <tr> <th rowspan="2">โครงการฯ/การดำเนินการ</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>ไม่ผ่าน</th> <th>ผ่าน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ไม่มี</td> <td>มี</td> </tr> </tbody> </table> <p>4. ร้อยละของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด STEMI และได้รับยา Streptokinase ในรายที่แพทย์พิจารณาสั่งให้ยา</p> <p><u>คำนิยาม</u> A= การให้ยา Streptokinase ตามแพทย์สั่ง คือ โรคหัวใจชนิด ST-Elevate MI (I210-I213,I220-I221,I228-I229) หลังผ่านกระบวนการ Consult แพทย์แล้วแพทย์พิจารณาให้ยา Streptokinase และได้ทำการให้ยาตามผลการ Consult B= โรคหัวใจชนิด ST-Elevate MI (I210-I213,I220-I221,I228-I229) ที่ผ่านกระบวนการ Consult แพทย์แล้วแพทย์พิจารณาว่าควรให้ยา Streptokinase ทั้งหมด C= ร้อยละของผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดหัวใจชนิด STEMI และได้รับยา Streptokinase</p>						เกณฑ์การให้คะแนน		ไม่ผ่าน	ผ่าน	1.มีทะเบียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ติดตามกลุ่มเสี่ยง ระดับ 3 ขึ้นไปและทะเบียนส่งต่อผู้สงสัยหัวใจเต้นผิดปกติ	ไม่มี	มี	2.มีทะเบียนติดตามกลุ่มป่วยรายใหม่	ไม่มี	มี	โครงการฯ/การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน		ไม่ผ่าน	ผ่าน		ไม่มี	มี
	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	ไม่ผ่าน	ผ่าน																						
1.มีทะเบียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/ติดตามกลุ่มเสี่ยง ระดับ 3 ขึ้นไปและทะเบียนส่งต่อผู้สงสัยหัวใจเต้นผิดปกติ	ไม่มี	มี																						
2.มีทะเบียนติดตามกลุ่มป่วยรายใหม่	ไม่มี	มี																						
โครงการฯ/การดำเนินการ	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	ไม่ผ่าน	ผ่าน																						
	ไม่มี	มี																						

	<p>ในรายที่แพทย์พิจารณาสั่งให้ยา</p> $C = \frac{A \times 100}{B}$ <p>5.ร้อยละ ของผู้ป่วย Stroke Fast track เข้ารับบริการในโรงพยาบาลรวมถึงการส่งต่อโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่า ทันเวลา 4.5 ชม. (Onset to door time or Onset to refer time)</p> <p>A = ผู้ป่วย ที่มี Principal Diagnosis เป็น Stroke ทั้งหมด (I60-I69) Stroke นับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ จนถึงการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลรวมถึงการส่งต่อโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าทันในเวลา 4.5 ชม. (Onset to door time or Onset to refer time) (Stroke Fast Track)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยที่มี Principal Diagnosis เป็น Stroke ทั้งหมด (I60-I69) ที่มีอาการของ โรคหลอดเลือดสมอง ไม่เกิน 14 วัน (Acute stroke)</p> <p>C = ร้อยละผู้ป่วย Stroke Fast track เข้ารับบริการในโรงพยาบาลรวมถึงการส่งต่อโรงพยาบาลที่มี ศักยภาพสูงกว่า ทันในเวลา 4.5 ชม.</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $C = \frac{A \times 100}{B}$
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/ e-mail	<p>ผู้ประสานงาน : นางสาววิภา ศิริสมบูรณ์</p> <p>โทรศัพท์/โทรสาร 044-465010 ต่อ 455</p> <p>Email : sp.eyeandcvd.korat@gmail.com</p>

10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง

39. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 39	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็งทั้ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด											
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง (90%) ร้อยละของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ ยอดสะสม 58 - 61 (80%) ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 40 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีด้วยวาจา และส่งอัลตราซาวด์ 100% (เป้าหมายตามโควตาจัดสรร) ร้อยละประชาชนอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวาจา (20%) 											
ความหมาย/นิยาม	<p>เพื่อนำเข้าสู่การรักษาทันเวลา ด้วยการผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา</p> <p>ทุกหน่วยบริการในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ ดำเนินการตรวจคัดกรองค้นหา โรคมะเร็ง ทั้ง 5 ชนิดระยะเริ่มแรก Early Detection คือมะเร็งเต้านม, ปากมดลูก,ตับ/ท่อน้ำดี และลำไส้ใหญ่</p>											
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	2558				2559				2560			
	Breast	Cervix	CCA	Colo n	Breast	Cervix	CCA	Colo n	Breast	Cervix	CCA	Colo n
	91.41	19.13	-	-	92.08	33.91	107.9	-	85.36	45.64	109.30	-
แหล่งข้อมูล/	<ol style="list-style-type: none"> ฐานข้อมูลใน 43 แฟ้ม Hos_xp ฐานข้อมูล Cx_screening ฐานข้อมูลถันรักษ ฐานข้อมูล Isan Cohort 											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> บันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้ม Hos_xp บันทึกข้อมูลในฐานข้อมูล Cx_screening บันทึกในฐานข้อมูลถันรักษ บันทึกในฐานข้อมูล Isan Cohort 											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$C = (A/B) \times 100$											
มะเร็งเต้านม	$C = (A/B)/100$ <p>A = ผลงานสตรีอายุ 30 - 70 ปี ที่ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน</p> <p>B = สตรีเป้าหมายอายุ 30 – 70 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (เกิด พ.ศ. 2498 - 2528)</p> <p>C = ร้อยละของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง</p>											
มะเร็งปากมดลูก	$C = (A/B)/100$ <p>A = สตรีอายุ 30 – 60 ปีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear (ผลงานสะสม 58 – 61)</p> <p>B = สตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตรับผิดชอบ (เกิด พ.ศ. 2497 - 2527)</p> <p>C = ร้อยละของสตรีอายุ 30 – 60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธีแปปสเมียร์ ยอดสะสม 58 - 61</p>											
มะเร็งตับ/ท่อน้ำดี	$C = (A/B)/100$ <p>A = ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 40 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งตับท่อน้ำดี</p>											

	<p>B = โคเวตาคัดกรองกลุ่มเสี่ยงมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี ด้วยอัลตราซาวด์ที่ได้รับการจัดสรร</p> <p>C = ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 40 – 70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีด้วยวาจา และส่งอัลตราซาวด์</p>
มะเร็งลำไส้ใหญ่	<p>$C = (A/B)/100$</p> <p>A = ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 50 – 70 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความเสี่ยงมะเร็งลำไส้ใหญ่</p> <p>B = ประชาชนกลุ่มเป้าหมายอายุ 50 – 70 ปี ทั้งหมดในพื้นที่</p> <p>C = ร้อยละประชาชนอายุ 50 – 70 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยวาจา</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
ผู้ประสานงานตัวชี้วัดเบอร์โทร	<p>นางธณัศมนท์ ภาณุพรพงษ์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน : 044-465010 โทรศัพท์มือถือ : 095-5435143</p> <p>โทรสาร : 044-465021 E-mail : CAKORAT2016@gmail.com</p>

40. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ

ตัวชี้วัด	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ				
เกณฑ์เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี (ปี พ.ศ.2564)					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1	2	3	4	5
ความหมาย/คำนิยาม	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับหมายถึง ติดต่อกับจำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 =C220-C229) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556				
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	NA	ต่อประชากรแสนคน	NA	NA	NA
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร				
แหล่งข้อมูล / การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$ <p>A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับของอำเภอ (รหัส ICD-10 = C220-C229) B = จำนวนประชากรกลางในช่วงเวลาเดียวกันของอำเภอ C = อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ</p>				
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด				
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทร E-mail	1. นางธณัศมนต์ ภาณุพรพงษ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน :044-465010 โทรศัพท์มือถือ : 095-5435143 โทรสาร : 044-465021 E-mail: CAKORAT2016@gmail.com				

11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา

41. ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน

ตัวชี้วัดที่ 41	1.ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก(Blinding cataract)ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
เกณฑ์เป้าหมาย	-ร้อยละ 100 ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติทางสายตาได้รับการส่งต่อเพื่อให้แพทย์หรือจักษุแพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยโรคตาต้อกระจก (ผลงานจากการคัดกรองตาผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไป โดยอสม.หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับ รพสต.หรือ รพช.) -ร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไปที่แพทย์หรือจักษุแพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยเป็นตาต้อกระจกชนิดบอด Blinding cataract) หรือเป็นผู้ป่วยชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (Severe low vision) ต้องได้รับการออกวีซ่ารอคอยการผ่าตัดและต้องผ่าตัดให้ทันเวลา ภายใน 30 วัน
ความหมาย / คำนิยาม	-ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตาจากอสม.หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับ รพสต.หรือ รพช. แล้วมีการส่งรักษาหรือตรวจต่อตามมาตรฐาน โดยพบ Visual Acuity เป็น 2 กลุ่มดังนี้ 1.กลุ่ม Blindness -ค่า VA ทั้งสองตาน้อยกว่า 3/60 เมตรหรือ20/400 ฟุต (รหัส ICD 10: H540) (Blindness both eyes) -ค่า VA ของตาข้างหนึ่งน้อยกว่า3/60 เมตรหรือ 20/400 ฟุต และตาอีกข้างอยู่ระหว่าง 6/18 - 3/60 หรือ 20/70-20/400 (รหัส ICD 10: H541) (Blindness one eye low vision other eye) -ค่า VA ของตาข้างหนึ่งน้อยกว่า 3/60 เมตร หรือ 20/400 ฟุต และตาอีกข้างหนึ่งเท่ากับหรือมากกว่า 6/18 เมตร หรือ 20/70 ฟุต (รหัส ICD 10: H544) (Blindness one eye) [Normal vision in other eye] 2.กลุ่ม Low Vision - ค่า VA ทั้งสองตาอยู่ระหว่าง 6/18 - 3/60 เมตร หรือ 20/70 - 20/400 ฟุต (รหัส ICD 10: H542) (Low vision both eye) - ค่า VA ของตาข้างหนึ่งอยู่ระหว่าง 6/18 - 3/60 เมตร หรือ 20/70 - 20/400 ฟุต แต่ของตาอีกข้างหนึ่งเท่ากับหรือมากกว่า 6/18 เมตรหรือ 20/70 ฟุต (รหัส ICD 10: H545) (Low vision one eye) [Normal vision in other eye] -ผู้สูงอายุ 60ปีขึ้นไปที่แพทย์หรือจักษุแพทย์ได้ตรวจวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยตาต้อกระจกชนิดบอด (Blinding cataract) หรือเป็นผู้ป่วยชนิดสายตาเลือนราง ระดับรุนแรง (Severe low vision) ที่ได้รับการออกวีซ่าเพื่อรอคอยการผ่าตัด ต้อกระจกได้รับการผ่าตัด ให้ทันเวลาภายใน 30 วัน
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ผลงานปี 2560 (ข้อมูล ณ.วันที่ 15 ส.ค.2560 รง.vision 2020) เป้าหมายการผ่าตัดตาต้อกระจกที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสปสข. จำนวน 3,831 ดวงตา ผลงานการผ่าตัด 3,651 ดวงตา คิดเป็นร้อยละ 95.30
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปของจังหวัดนครราชสีมาทุกราย
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรม Vision 2020
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-ร้อยละ100 ของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองสายตาพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อ/รักษาตามมาตรฐาน

	<p>A=จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติทางสายตาที่ได้รับการคัดกรองระดับสายตา โดยยอม. หรือจนท.สาธารณสุขระดับรพสต./รพช.)และได้ทำการส่งต่อเพื่อให้แพทย์หรือจักษุแพทย์ตรวจวินิจฉัยโรค ตาต่อกระจก</p> <p>B=จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีสายตาผิดปกติทั้งหมด (ผลงานจากการคัดกรองตาผู้สูงอายุ60ปีขึ้นไป)</p> <p>C=ร้อยละของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองสายตาผิดปกติได้รับการส่งต่อหรือรักษา</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $C = \frac{A \times 100}{B}$ <p>-ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก(Blinding cataract)ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน (วัตถุประสงค์เฉพาะรพ.ที่เป็นศูนย์ผ่าตัดต้อกระจกที่ได้รับการขึ้นทะเบียนจาก สปสช.เท่านั้น)</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกที่ได้รับการผ่าตัดทั้งหมด(ทั้งชนิดบอด Blinding cataract) หรือเป็นผู้ป่วย ชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (Severe low vision) ที่ออกวีซ่ารอคอยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัด ทันเวลาภายใน 30 วัน</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกที่ออกวีซ่ารอคอยการผ่าตัดทั้งหมด (รวมทั้งชนิดบอด (Blinding cataract) หรือเป็นผู้ป่วยชนิดสายตาเลือนรางระดับรุนแรง (Severe low vision))</p> <p>C = ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก(Blinding cataract)ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน</p> <p><u>สูตรคำนวณ</u></p> $C = \frac{A \times 100}{B}$
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	นางผิน สิบงกช นางสาววิภา ศิริสมบุญ โทร 044 465010-4 ต่อ455 E mail : sp.eyecandcvt.korat@gmail.com

12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ

42. จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ

ตัวชี้วัดที่ 42	จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ				
เกณฑ์เป้าหมาย	: ≥ 600 ต่อปีในปีงบประมาณ 2560(กรม)				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	650	700	800	1000	1300
ความหมาย/ คำนิยาม	การปลูกถ่ายไต หมายถึง การปลูกถ่ายไตทั้งที่ได้รับไตบริจาคจากผู้เสียชีวิต (deceased donor kidney transplant) และ ที่ได้รับไตบริจาคจากผู้ที่มีชีวิต (living donor kidney transplant)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ในการรับการรักษาด้วยการปลูกถ่ายไต				
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บ	ทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน (โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)/เก็บข้อมูลจากทุกโรงพยาบาลที่ทำการปลูกถ่ายไตในประเทศไทยทั้งภาครัฐและเอกชน(โรงพยาบาลสมาชิกศูนย์รับบริจาคอวัยวะที่สามารถทำการปลูกถ่ายไต)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ				
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด 044 465010-4 ต่อ 306				
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/e-mail					

13. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

43. 1) ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)

ตัวชี้วัดที่ 43	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด (3 month remission rate)								
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ 4 ขึ้นไป								
ความหมาย / คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด หมายถึง การประเมินผลการหยุดเสพยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษา หลังจำหน่าย 3 เดือน ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ : ไม่รวมถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะยุ่งยากซับซ้อนที่ต้องการดูแลรักษาต่อเนื่องระยะยาว, ถูกจับ หรือเสียชีวิต</p> <p>รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)</p> <p><u>กระบวนการ (เชิงคุณภาพ)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> มีคำสั่งคณะทำงานยาเสพติด(ค้นหา,บำบัด,ติดตาม) /มีแผนงานโครงการ/มีการประชุมกำกับติดตาม/บุคลากรได้รับการอบรมพัฒนาความรู้/มีอุปกรณ์เครื่องมือสนับสนุนงาน รพ.ผ่านการประเมิน HA ยาเสพติด/ รพ., สสอ., รพ.สต. มีการประเมิน พบยส. รพ.มีศูนย์คัดกรองผู้ป่วยยาเสพติด / สสอ.,รพ.สต.มีการค้นหาผู้เสพยาเสพติด นำเข้าสู่กระบวนการบำบัดใน รพ. 4 เดือน /ค่ายขวัญแผ่นดิน 9-15 วัน มีทะเบียนรายชื่อผู้บำบัดและติดตาม บสต. และ 43แฟ้ม (2สัปดาห์, 1, 2, 3, 6, 9, 12เดือน) และ รพ., รพ.สต.นำเข้าข้อมูล บสต. และ 43แฟ้ม (มี Mapping แสดงจำนวนผู้ป่วยยาเสพติด) รพ.มีการดำเนินงานลดอันตรายยาเสพติด(Harm Reduction) /รพ.สต.ให้คำปรึกษาอันตรายยาเสพติด <p><u>ผลลัพธ์การดำเนินงาน (เชิงปริมาณ)</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) ร้อยละ 90 <p>เป้าหมาย ตรวจราชการ ปี 2561</p> <table border="1" data-bbox="432 1541 1449 1644"> <tr> <td>ปี 2560</td> <td>ปี 2561</td> </tr> <tr> <td>92</td> <td>90</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> การคงอยู่ของผู้เข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟู (Retention Rate) ร้อยละ 70 <table border="1" data-bbox="432 1688 930 1792"> <tr> <td>ปี 2561</td> </tr> <tr> <td>70</td> </tr> </table> <ol style="list-style-type: none"> การติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ ร้อยละ 50 <table border="1" data-bbox="432 1839 930 1942"> <tr> <td>ปี 2561</td> </tr> <tr> <td>50</td> </tr> </table>	ปี 2560	ปี 2561	92	90	ปี 2561	70	ปี 2561	50
ปี 2560	ปี 2561								
92	90								
ปี 2561									
70									
ปี 2561									
50									
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) ร้อยละ 90 <p>ระดับประเทศ</p>								

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานทั่วประเทศ ในรอบปีงบประมาณ			
		2557	2558	2559	2560
-	ร้อยละ	87.26	87.75	92.09	98.71

ระดับจังหวัด

ปี	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม 3 เดือน ทั้งหมด (คน)	จำนวนที่หยุดเสตต่อเนือง 3 เดือน (คน)	ร้อยละ
2558	739	721	97.56
2559	873	857	98.17
2560	338	326	96.45

2. การคงอยู่ของผู้เข้ารับการรักษา (Retention Rate) ร้อยละ 70

ระดับประเทศ

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานทั่วประเทศ ในรอบปีงบประมาณ			
		2557	2558	2559	2560
-	ร้อยละ	93.99	81.61	78.61	76.83

ระดับจังหวัด

ปี	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด ทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่คงอยู่ขณะได้รับการบำบัด (คน)	ร้อยละ
2558	1,289	1,180	91.54
2559	1,873	1,578	84.25
2560	1,500	1,242	82.8

3. การติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ ร้อยละ 50

ระดับประเทศ

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานทั่วประเทศ ในรอบปีงบประมาณ			
		2557	2558	2559	2560
-	ร้อยละ	62.87	57.82	44.74	ยังไม่ครบปี

ระดับจังหวัด

ปี	จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการติดตาม ทั้งหมด (คน)	จำนวนผู้ป่วยที่ยังคงอยู่ขณะติดตาม (คน)	ร้อยละ
2558	809	551	68.11
2559	1,349	788	58.41

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้เสต ผู้ติดยาเสตติคที่ได้รับการบำบัดรักษา ยาเสตติค และได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องหลังผ่านการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลยาเสตติค สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บ ระบบข้อมูลบำบัดรักษา ยาเสตติค (บสต.) ของกระทรวงสาธารณสุข
1. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสตติคที่หยุดเสตต่อเนือง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate) ร้อยละ 90

	<p>$(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (บสต.ติดตาม)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษา และได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด (บสต.จำหน่าย)</p> <p>2. การคงอยู่ของผู้เข้ารับการบำบัดฟื้นฟู (Retention Rate) ร้อยละ 70</p> <p>ร้อยละของผู้เสพ ผู้ติดยังคงอยู่ในกระบวนการการบำบัดรักษาในระยะเวลาตามรูปแบบการบำบัดรักษาของสถานบริการสุขภาพ</p> <p>$(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้ที่ยังคงอยู่ในกระบวนการบำบัดรักษา ในระยะเวลาตามรูปแบบการบำบัดรักษาในสถานบริการสุขภาพ</p> <p>B = จำนวนผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษาทั้งหมดในสถานบริการสุขภาพ</p> <p>3. การติดตามผู้ผ่านการบำบัดรักษาให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดได้ ร้อยละ 50</p> <p>ร้อยละของผู้เสพ ผู้ติดยที่ผ่านการบำบัดครบตามกำหนด และยังคงอยู่ในระบบการติดตามการรักษาของสถานบริการสุขภาพ ที่ได้รับการติดตามอย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี</p> <p>$(A/B) \times 100$</p> <p>A = จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยที่ผ่านการบำบัดครบตามกำหนดและยังคงอยู่ในระบบติดตามการรักษา อย่างน้อย 4 ครั้ง ใน 1 ปี ในสถานบริการสุขภาพ</p> <p>B = จำนวนผู้เสพ ผู้ติดยที่ผ่านการบำบัดครบตามกำหนด ของสถานบริการสุขภาพ</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานบำบัดยาเสพติด กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด 044 465010-4 ต่อ 306
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/e-mail	จรรยาศรี โคมพุดชา 081 824 0966 ชัยภัทร ธีรชาญไชย 097 3539594 สาลิกา มาบจะบก 085 303 6706 สุนิศา โสภกระโทก 087 8806131

14. โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

44. ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate Care

ตัวชี้วัดที่ 44	ร้อยละสถานพยาบาลระดับ M และ F ที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง											
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลงร้อยละ 10											
ความหมาย/คำนิยาม	การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชนโดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์ในโรงพยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ (intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน)											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ 10</td> <td>ร้อยละ 20</td> <td>ร้อยละ 30</td> <td>ร้อยละ 50</td> </tr> </table>				ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64									
ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 50									
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke) 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง 3) กลุ่มผู้ป่วย STEMI 4) กลุ่มผู้ป่วย Head Injury 5) กลุ่มผู้ป่วย Fracture Femur 6) กลุ่มผู้ป่วย Wound (post operation , bedsore , แผลเจาะคอ) 											
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	สสจ.นม. จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน (จากโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 32 แห่ง จังหวัดนครราชสีมา)											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ที่ดำเนินงานการดูแลระยะกลาง</p> <p>B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมด (32 แห่ง)</p>											
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ											
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	น.ส.อรจิรา อางหาญ โทร 081-3905599 / onjira_you@hotmail.com											

*15. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery

45. จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery

ตัวชี้วัดที่ 45	จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 15
ความหมาย/คำนิยาม	One Day Surgery (ODS) หมายถึง การผ่าตัดผู้ป่วยที่ไม่ต้องรับเป็นผู้ป่วยในและอยู่โรงพยาบาลไม่เกิน 24 ชั่วโมง ตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค จำนวน 12 โรค หัตถการตามรายละเอียดแนบท้าย 1. Inguinal hernia , Femoral hernia 2. Hydrocele 3. Hemorrhoid 4. Vaginal bleeding 5. Esophagogastric varices 6. Esophageal stricture 7. Esophagogastric cancer with obstruction 8. Colorectal polyp 9. Common bile duct stone 10. Pancreatic duct stone 11. Bile duct stricture 12. Pancreatic duct stricture
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	NA
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่เข้าหลักเกณฑ์รายโรค One Day Surgery
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	1. รายงาน 43 แพ้ม ของโรงพยาบาล 2. แบบฟอร์มการรายงานผลการดำเนินงาน โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery ด้วยโรคที่กำหนด (Principle diagnosis)
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนารูปแบบบริการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	นางสุภัทรา กฤษเกล้า โทร 044 – 465010-4 ต่อ 452 หรือ 111 /081-8792360 โทรสาร 044 – 466000 E- mail : nuthacc@gmail.com

16. โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery

46. จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery

ตัวชี้วัดที่ 46	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 10	
ความหมาย/คำนิยาม	Minimally Invasive Surgery (MIS) หมายถึง การผ่าตัดส่องกล้องตามหลักเกณฑ์การพิจารณาโรค ดังนี้	
	Diagnosis (การวินิจฉัย)	Procedure (หัตถการรักษา)
	Symptomatic gallstone /cholecystitis	Laparoscopic Cholecystectomy
	Colorectal cancer	Laparoscopic Colectomy Laparoscopic anterior resection Laparoscopic abdominoperineal resection Laparoscopic TME
	Lumbar disc herniation	Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy Surgery
	ACL injury	Arthroscopic ACL Reconstruction
	Myoma uteri	Laparoscopic Hysterectomy
	Ovarian cyst	Laparoscopic Cystectomy
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	NA	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ การผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูล จากโรงพยาบาล โดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัด	
	A = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery	
	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเงื่อนไขในการเข้ารับการผ่าตัดแบบด้วยโรค Minimally Invasive Surgery ที่กำหนด (Principle diagnosis)	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$	
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานพัฒนารูปแบบบริการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	นางสุภัทรา กฤษเกล้า โทร 044 – 465010-4 ต่อ 452 หรือ 111 /081-8792360 โทรสาร 044 – 466000 E- mail : nuthacc@gmail.com	

17. โครงการพัฒนาระบบบริการ สาขาทันตกรรม

47. เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการทันตกรรม

ตัวชี้วัดที่ 47	ร้อยละของของประชาชนได้รับบริการทันตกรรมอย่างมีคุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1.รพ.สต.มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากแบบมีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 2. ให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางไม่น้อยกว่าร้อยละ 10 ของงานบริการทันตกรรมทั้งหมด 3. ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการใส่ฟันเทียมตามเป้าหมายที่กำหนด
ความหมาย / คำนิยาม	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต.ที่จัดให้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง รพ.สต.ที่มีทันตภิบาลประจำหรือ รพ.สต.ที่มีการจัดหมุนเวียนทันตบุคลากรออกให้บริการสุขภาพช่องปากให้กับประชาชน ครอบคลุม 5 กลุ่มวัย ดำเนินงานครบทั้ง 14 กิจกรรม ด้านการส่งเสริมทันตสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคในช่องปาก และมีการให้บริการสุขภาพช่องปากแก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. มีผู้ได้รับการบริการ ไม่น้อยกว่า 200 คน/1000 ประชากรในเขตรับผิดชอบ 2. มีการจัดให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางแก่ประชาชนที่มาใช้บริการ 3. ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไป ได้รับการใส่ฟันเทียมชนิดทั้งปากและ มากกว่า 16 ซี่ เป้าหมายฟันเทียม <ol style="list-style-type: none"> 1.ทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมประดิษฐ์ ๑ ท่าน ต่อ ๒๐ ราย 2.ทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมทั่วไป ๑ ท่าน ต่อ๑๘ ราย 3.ทันตแพทย์สาขาอื่นๆ ๑ ท่าน ต่อ๑๖ ราย
ผลงานย้อนหลัง3ปี	<p>ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก</p> <p>ปี 2560 ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก ร้อยละ31.08</p> <p>ประชาชนอายุ ๕๕ ปีขึ้นไป ได้รับการใส่ฟันเทียมชนิดทั้งปากและ มากกว่า 16 ซี่</p> <p>ปี 2558 ประชาชนอายุ 55 ปีขึ้นไปได้รับการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 129.21</p> <p>ปี 2559 ประชาชนอายุ 55 ปีขึ้นไปได้รับการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 146.05</p> <p>ปี 2560 ประชาชนอายุ 55 ปีขึ้นไปได้รับการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 89.64</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. รพ.สต.ทุกแห่ง ในจังหวัดนครราชสีมา 2. ประชาชนอายุ 55 ปีขึ้นไป ที่มีความจำเป็นต้องใส่ฟันเทียม
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บข้อมูล	<p>ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบรายงาน HDC</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปาก บันทึกการให้บริการทันตกรรมใน HosXP/HosXP PCU (ทุกรหัสงานทันตกรรม ยกเว้น รหัส 2330010) 2.. ให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง บันทึกการให้บริการทันตกรรมใน HosXP/HosXP PCU (ยกเว้นรหัสงานทันตกรรมพื้นฐานและงานทันตกรรมป้องกัน) 3. ประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปได้รับการใส่ฟันเทียม (นับจำนวนผลงานจากรายงานฟันเทียม) เป้าหมายฟันเทียม <ol style="list-style-type: none"> 1.ทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมประดิษฐ์ ๑ ท่าน ต่อ ๒๐ ราย 2.ทันตแพทย์เฉพาะทางทันตกรรมทั่วไป ๑ ท่าน ต่อ ๑๘ ราย 3.ทันตแพทย์สาขาอื่นๆ ๑ ท่าน ต่อ ๑๖ ราย

แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

*1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ

48. ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป

ตัวชี้วัดที่ 48	ร้อยละของระบบ ECS คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป
เกณฑ์เป้าหมาย	จำนวนร้อยละของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการพัฒนาคุณภาพ Emergency Care System (เกณฑ์ร้อยละ 80)
<p>ความหมาย / คำนิยาม</p>	<p>ECS (Emergency Care System) คือ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพ และป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล(EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)</p> <p>แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนาห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality) ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ, และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้างห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival) ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2. ลดอัตราการเสียชีวิตและทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3. ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน <p>การพัฒนาตัวชี้วัด ECS คุณภาพในโรงพยาบาล โดยทั่วไปจะเน้นวัดใน 3 ส่วน คือ</p> <p>มิติที่ 1 มิติบริการ และนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร เกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน</p> <p>มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล</p> <p>มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล(อ้างอิง นิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานของห้องฉุกเฉินจัดทำโดย กรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจาก สมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย)</p> <p>นอกจากนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ในปี 2561 กระทรวงสาธารณสุขเน้นการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในส่วนของภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ จึงได้กำหนดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด ECS คุณภาพ จากการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Base Emergency Care System) ทั้ง 12 องค์กรประกอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อให้เกิดการพัฒนา ECS คุณภาพ (Out put) และหลังจากนั้นจึงเลือกดึงข้อมูลในองค์กรประกอบที่เกี่ยวข้องกับทิศทางตัวชี้วัดในแต่ละปีไปใช้เป็นลำดับต่อไป โดยการประเมินความสามารถทำได้ทั้งจากโรงพยาบาลเป็นผู้ประเมินตนเอง (Internal survey) และจากองค์กรหรือผู้เินเทศจากภายนอก (External survey)</p> <p><u>กระบวนการดำเนินงาน</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล 2. มีการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินตามแบบฟอร์มปีละ 1 ครั้ง 3. นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินทั้ง 12 องค์กรประกอบมาวิเคราะห์เป็นองค์กรประกอบที่ดีมาก/ดี/ไม่ผ่านเกณฑ์สรุปเป็นข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และจัดทำเป็นแผนการพัฒนา 4. นำเสนอข้อมูลและแผนการพัฒนาต่อผู้บริหารโรงพยาบาล 5. ดำเนินการตามแผน (กำหนดปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค)

ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง	<table border="1" data-bbox="491 152 1289 271"> <tr> <td data-bbox="491 152 758 210">ปี 2558</td> <td data-bbox="758 152 1024 210">ปี 2559</td> <td data-bbox="1024 152 1289 210">ปี 2560</td> </tr> <tr> <td data-bbox="491 210 758 271">NA</td> <td data-bbox="758 210 1024 271">NA</td> <td data-bbox="1024 210 1289 271">ร้อยละ 86.2</td> </tr> </table>	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560	NA	NA	ร้อยละ 86.2
ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560					
NA	NA	ร้อยละ 86.2					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (29 แห่ง)						
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	<p>แหล่งข้อมูล 1.ข้อมูลจากการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป (Internal survey) คณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตามประเด็นที่กำหนด</p> <p>2.ผลการนิเทศงานและประเมินผลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>การจัดเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลจากการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปในภาพรวมทั้ง 12 องค์กรประกอบ และเลือกองค์กรประกอบที่ 4 ความสามารถในการรองรับภาวะฉุกเฉินหมู่และภาวะภัยพิบัติ (MCI & Disaster Management) เป็นหัวข้อหลักเพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผล และสรุปเป็นข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ (Out put) นำไปสู่การพัฒนา ECS คุณภาพ</p>						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p><u>ระดับจังหวัด(ภาพรวม)</u></p> <p>$(A/B) \times 100$</p> <p>A= จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปที่มีค่าคะแนนการประเมินประสิทธิภาพในการรองรับการดูแลภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์(องค์กรประกอบที่ 4 มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40)</p> <p>B= จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ทั้งหมดในจังหวัดที่มีการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล</p>						
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด						
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/ e-mail	<p>นางสรภัส เพชรอรุณ เบอร์โทรศัพท์ 086-4992453 e-mail ; sorrapas_a@hotmail.com</p> <p>นางกฤษวรรณ บุญฉิมพลี เบอร์โทรศัพท์ 061-8299195 e-mail ; b.tum2011@gmail.com</p> <p>นายวีระชน เกลียวกลม เบอร์โทรศัพท์ 089-2559308 e-mail ; veerachon_k@hotmail.com</p>						

แผนงานที่ 8 : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

*1. โครงการเฉลิมพระเกียรติ ร. ๑๐ (TB)

49. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

ตัวชี้วัดที่ 49	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 85				
คำนิยาม	<p>1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <p>2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>2.3. วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นที่ไม่ใช่เนื้อปอด</p> <p>3. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดหรือวัณโรคนอกปอดที่การป่วยครั้งล่าสุด มีผลการรักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ</p> <p>3.1. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>3.2. ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันไม่พบเชื้อ (Clinically diagnosed : B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>3.3. วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นที่ไม่ใช่เนื้อปอด</p> <p>4. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม</p> <p>5. ผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม หมายถึง ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)</p>				
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรค	ร้อยละ	81.4	80.4	81.44
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน				

	Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2560)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและรักษา ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (TBCM 2010) หรือ 2. โปรแกรม TBCM online
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p><u>เงื่อนไขการคำนวณ</u></p> <ol style="list-style-type: none"> กลุ่มเป้าหมายและช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2560) และครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2561 เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2560) จะมีระยะเวลาการรักษามากกว่าช่วงระยะที่จะสรุปผลการรักษา(Outcome) ในเดือนสิงหาคม 2561 ในป็นิจัยจึงเว้นไม่นำผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มารวมประเมินผลการรักษา (Outcome) โดยให้คิดเฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เท่านั้น กรณีแพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค <p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2560) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2561 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2560)</p>
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ชื่อผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์	<p>1.นางสาวบุญช่วย นาสุงเนิน โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 4446 5542 โทรศัพท์มือถือ : 08 1879 5385 โทรสาร : 0 4446 5542 E-mail : bunchoay@yahoo.com</p> <p>2.นายธีรพล สิงห์ปัฐ โทรศัพท์ที่ทำงาน: 0 4446 5542 โทรศัพท์มือถือ : 08 9865 5122 โทรสาร : 0 4446 5542 E-mail : tb_korat@hotmail.com</p>

แผนงานที่ 9 : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร (1 โครงการ 3 ตัวชี้วัด)

*1. โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร

50. 1) จำนวนเมืองสมุนไพร

ตัวชี้วัดที่ 50	จำนวนเมืองสมุนไพร
เกณฑ์เป้าหมาย	อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 จังหวัด
คำนิยาม	<p>เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาเมืองสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ 4 มาตรการ ดังนี้</p> <p>มาตรการที่ 1 สร้างความเข้มแข็งของการบริหาร,นโยบายของรัฐเพื่อขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน</p> <p>มาตรการที่ 2 พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร</p> <p>มาตรการที่ 3 ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด</p> <p>มาตรการที่ 4 ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดนาร่อง หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย 4 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2560 ได้แก่ จังหวัดเชียงราย (เขตสุขภาพที่ 1) จังหวัดปราจีนบุรี (เขตสุขภาพที่ 6) จังหวัดสกลนคร (เขตสุขภาพที่ 8) และจังหวัดสุราษฎร์ธานี (เขตสุขภาพที่ 11)</p> <p>เมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย หมายถึง จังหวัดเป้าหมาย 9 จังหวัดในแต่ละเขตสุขภาพที่ดำเนินการโครงการเมืองสมุนไพร ตั้งแต่ปี 2561 เป็นต้นไป ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก(เขตสุขภาพที่ 2) จังหวัดอุทัยธานี (เขตสุขภาพที่ 3)จังหวัดสระบุรี (เขตสุขภาพที่ 4)จังหวัดนครปฐม (เขตสุขภาพที่ 5)จังหวัดจันทบุรี (เขตสุขภาพที่ 6)จังหวัดมหาสารคาม (เขตสุขภาพที่ 7) จังหวัดสุรินทร์ (เขตสุขภาพที่ 9) จังหวัดอำนาจเจริญ (เขตสุขภาพที่ 10) และ จังหวัดสงขลา (เขตสุขภาพที่ 12)</p>
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>1. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดนาร่อง (4 เขตสุขภาพ) ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 1,6,8 และ 11</p> <p>2. เขตสุขภาพที่ดำเนินการเมืองสมุนไพรจังหวัดส่วนขยาย (9 เขตสุขภาพ)</p> <p>ได้แก่ เขตสุขภาพที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 และ 12</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>1. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส)</p> <p>2. การตรวจราชการและนิเทศงาน</p> <p>3. การประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p>
แหล่งข้อมูล	<p>1. ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (รายงานทุกไตรมาส)</p> <p>2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน</p> <p>3. ข้อมูลการประเมินโดยคณะกรรมการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>A = จำนวนเขตสุขภาพ ที่มีผลดำเนินการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>13 จังหวัด</p>
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	
ชื่อผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์	

51. ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมกิจกรรมการปลูกและใช้สมุนไพร

ตัวชี้วัดที่ 51	ความสำเร็จของการส่งเสริมกิจกรรมการปลูกและใช้สมุนไพร
เป้าหมาย (เกณฑ์)	1.หน่วยบริการ/หน่วยงาน มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ การปลูกและการใช้สมุนไพร 2.ประชาชนกลุ่มเป้าหมายรู้สรรพคุณสมุนไพร
ความหมาย/คำนิยาม	1.สมุนไพร หมายถึง พืชสมุนไพรที่เป็นสมุนไพรส่งเสริมตามยุทธศาสตร์งานแพทย์แผนไทย/สมุนไพรที่มีใช้ประโยชน์ตามกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ สมุนไพร 7 ชนิด บวก 1 : 1.รางจืด 2.พรมมิ 3.บัวบก 4.ต้นหม่อน 5. ว่านหางจระเข้ 6.เสลดพังพอน(พญาอ) 7.ฟ้าทะลายโจร และบวกสมุนไพรในชุมชน (โดยเน้นสมุนไพร รางจืด ในกลุ่มเกษตรกรผู้ขายฆ่าแมลง/กลุ่มเสี่ยง สมุนไพรพรมมิ/บัวบก ในกลุ่มผู้สูงอายุ และสมุนไพรตัวอื่นๆ ในกลุ่มประชาชนทั่วไป) 2.กิจกรรมการปลูกและใช้สมุนไพร หมายถึง การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/การให้ความรู้/การสาธิต/การทำเครือข่าย/ฯลฯ ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมการปลูก/ใช้สมุนไพรตามกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 2.1 การปลูก 1) ให้หน่วยบริการ รพ. และรพ.สต.ปลูกเป็นแหล่งพันธุ์ให้กักบอสม.และประชาชน 2) อสม.ปลูกทุกบ้าน 3) ประชาชน(กลุ่มเป้าหมาย) ปลูกไว้ใช้ในครัวเรือน 2.2 ความรู้ 1) เจ้าหน้าที่/อสม. มีความรู้ สรรพคุณ วิธีใช้ สามารถแนะนำประชาชนได้ 2) ประชาชนรู้สรรพคุณ โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เกษตรกร รู้จัก รางจืด ผู้สูงอายุรู้จักสรรพคุณ พรมมิ/บัวบก กลุ่มโรคเรื้อรังรู้จักสรรพคุณ สมุนไพรต้นหม่อน ประชาชนทั่วไปรู้สรรพคุณสมุนไพร ทั้ง 7 ชนิด 2.3 การใช้ (ใช้วิธีสัมภาษณ์)ประชาชนทั่วไป รู้จักวิธีใช้สมุนไพร ทั้ง 7 ชนิด โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย 3.กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง 3.1 สมุนไพร 7 บวก 1 มีกลุ่มเป้าหมายการปลูกและใช้ประจำบ้าน/ครัวเรือน 3.2 สมุนไพร รางจืด มีกลุ่มเป้าหมาย ปลูก/รู้/ใช้ ประจำบ้าน อสม. บ้านเกษตรกร เกษตรกรกลุ่มผู้ขายฆ่าแมลง 3.3 สมุนไพรพรมมิ มีกลุ่มเป้าหมาย ปี 2559 ปลูก/รู้/ใช้ ประจำบ้าน อสม. บ้าน/ครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุ
ผลงานย้อนหลัง	-
กลุ่มเป้าหมาย	รพช./สสอ./รพ.สต./อสม./กลุ่มเป้าหมายเฉพาะเกษตรกร/ผู้สูงอายุ/ประชาชนทั่วไป
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	ผลการสุ่มประเมินประชากรกลุ่มเป้าหมายในการสนับสนุนการใช้สมุนไพรในหมู่บ้าน
สูตรคำนวณ	ความสำเร็จของการส่งเสริมกิจกรรมการปลูกและใช้สมุนไพร (น้ำหนัก 50%) 1.ภาพกิจกรรมประชาสัมพันธ์การใช้รางจืด ปี 2561 (เจาะเลือดผู้บริหารทุกระดับสารเคมีและใช้รางจืดล้างสารพิษ) (1 คะแนน) 2.ร้อยละครัวเรือนอสม.ปลูกสมุนไพร 7 ตัวหลัก (\geq ร้อยละ 50) (1 คะแนน) A = จำนวนครัวเรือนอสม.ที่ปลูกสมุนไพร 7 ตัวหลัก B = จำนวนครัวเรือนอสม.ที่สุ่ม C = ร้อยละครัวเรือนอสม.ปลูกสมุนไพร 7 ตัวหลัก

	<p>$C = A/B \times 100$</p> <p>3. ร้อยละกลุ่มเกษตรกร/ผู้สูงอายุผู้สรรพคุณปลูกและใช้รางจืด/พรมมิ (\geq ร้อยละ 20) (1 คะแนน)</p> <p>A = จำนวนเกษตรกร/ผู้สูงอายุปลูกและใช้สมุนไพรรางจืด/พรมมิ</p> <p>B = จำนวนเกษตรกร/ผู้สูงอายุที่สุ่ม</p> <p>C = ร้อยละกลุ่มเกษตรกร/ผู้สูงอายุปลูกและใช้รางจืด/พรมมิ</p> <p>$C = A/B \times 100$</p> <p>4. หมู่บ้านต้นแบบสมุนไพร(Herbal Village) (อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน) (2 คะแนน)</p>
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ชื่อผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์	ภญ.วัลลภา คงฉันทิมิตรกุล , ภญ.ตณยฉัตร พานิชเลิศ /044-465011 ต่อ 424, 087 869 3955

52. 3) ร้อยละของผู้พิการ(ประเภท1-3)ได้รับกายอุปกรณ์ครบถ้วน และผู้พิการประเภท 4-7 ได้รับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 52	ร้อยละของผู้พิการประเภทที่ 4-7(จิตใจหรือพฤติกรรม,สติปัญญา,การเรียนรู้, ออทิสติก)ได้รับการดูแล และส่งเสริมสุขภาพ
ความหมาย/นิยาม	ผู้พิการ หมายถึง บุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวันในชีวิตหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ประกอบกับมีความจำเป็น เป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ ดูแล รักษาฟื้นฟูสุขภาพอย่างมีคุณภาพ รวมทั้งเข้าถึงประโยชน์จากสิทธิคนพิการอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป แบ่งเป็น7 ประเภท ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประกาศตามกำหนด ตาม พรบ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.2550 ได้แก่ 1. การมองเห็น 2.การได้ยิน 3. การเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย 4. จิตใจหรือพฤติกรรม 5. สติปัญญา 6. การเรียนรู้ 7. ออทิสติก
ผลงานย้อนหลัง3ปี (ปี60)	จำนวนผู้พิการได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ (ภาพรวม7ประเภท) 99.86
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้พิการประเภทที่ 4-7ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมฐานข้อมูลคนพิการ เขตนครชัยบุรีรินทร์ รายงานแยกประเภทผู้พิการ
สูตรการคำนวณ	<u>ผู้พิการประเภทที่4-7 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการดูแล ส่งเสริมสุขภาพอย่างมีคุณภาพx 100</u> ผู้พิการประเภทที่4-7 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินการ เบอร์โทรศัพท์/e-mail	นายก้อง เค็มกระโทก เบอร์โทรศัพท์ 044-465010-4 ต่อ 465 Email: kem.korat@gmail.com

3. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงานที่ 10 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (3 โครงการ 5 ตัวชี้วัด)

1. โครงการผลิตและพัฒนาากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ

53. ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนาากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 53	ระดับความสำเร็จของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการกำลังคนตามเกณฑ์ที่กำหนด
ความหมาย/คำนิยาม	<p>การบริหารจัดการกำลังคน หมายถึง มีกระบวนการในการดำเนินการ เพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับบริการสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั่วถึงทุกสิทธิ โดยในกระบวนการต้องมีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ 5 องค์ประกอบ (เกณฑ์) ดังนี้</p> <p>(1) การวางแผนกำลังคนระดับจังหวัด หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพ ภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ 5 ปี (2560 – 2564) รพช. ใช้เกณฑ์ตาม FTE2 สสอ./รพ.สต. ใช้เกณฑ์ตาม Population Base โดยให้ครอบคลุมครบทั้ง 5 กลุ่มประกอบด้วย</p> <p>กลุ่มที่ 1 บุคลากรสายวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>กลุ่มที่ 2 บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ มี 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่นๆ มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>กลุ่ม 3 บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 7 สายงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์</p> <p>กลุ่ม 4 บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 10 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานโสตทัศนศึกษา เจ้าหน้าที่งานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าหน้าที่งานธุรการ</p> <p>กลุ่ม 5 บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>(2) การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนาากำลังคน หมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์</p>

	<p>และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในจังหวัด และใช้ประโยชน์การพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพ ให้บริการแก่ประชาชนในจังหวัด</p> <p>(3) การบริหารงบประมาณด้านกำลังคน หมายถึง กระบวนการในการวางแผนการจัดสรร/การใช้/การติดตามการใช้งบประมาณที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ ที่ตอบสนองยุทธศาสตร์ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาคน ผลการพัฒนาและร้อยละในการใช้งบประมาณตามแผนที่กำหนด</p> <p>(4) การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากการความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้งการกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์</p> <p>(5) การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม</p>
ผลงานย้อนหลัง3ปี	ฐานข้อมูลระบบบริหารงานบุคคล
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพช./สสอ./รพ.สต.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจ/การรวบรวมรายงาน
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระบบบริหารงานบุคคล
สูตรการคำนวณ	จำนวนหน่วยบริการที่ดำเนินงานได้ตามเกณฑ์ *100 จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	บริหารทรัพยากรบุคคล
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินการ เบอร์โทรศัพท์/e-mail	<p>น.ส.พุลสมบัติ ชัยมะเร็ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>น.ส.วิทย์สุดา ญวนแมะ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ</p> <p>น.ส.ณัฐธีรชา ภัทรศาศิวตวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>นางวิภาพร เมณิก นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ</p> <p>นางภัทริกา ศิริเพชร นักวิชาการเผยแพร่ปฏิบัติการ</p> <p>นางอนิศรา บริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ</p>

54. ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 54	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์และแนวทางที่กำหนด
ความหมาย/คำนิยาม	<p>การพัฒนาบุคลากร หมายถึง กระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้า และทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบคือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด</p> <p>บุคลากร หมายถึง บุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้</p> <p>กลุ่มที่ 1 บุคลากรสายวิชาชีพ (Health professionals) มี 7 สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และนักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>กลุ่มที่ 2 บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่</p> <p>2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ มี 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อ ความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการ แพทย์แผนไทย</p> <p>2.2 บุคลากรอื่นๆ มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชา ศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา</p> <p>กลุ่ม 3 บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี 7 สายงาน ได้แก่ เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงาน สาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงาน วิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์</p> <p>กลุ่ม 4 บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี 10 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการ/เจ้า พนักงานงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงาน คอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ</p> <p>กลุ่ม 5 บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น</p> <p>บุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่ม ที่ได้รับการพัฒนาตาม เกณฑ์ โดยเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ 4 Excellence เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนพัฒนาบุคลากร</p>
ผลงานย้อนหลัง3ปี	<p>ปี 2558 บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมาย ร้อยละ 79.86</p> <p>ปี 2559 บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมาย ร้อยละ 87.50</p> <p>ปี 2560 บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมาย ร้อยละ 82.53</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพช./สสอ./รพ.สต.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน

แหล่งข้อมูล	แผนพัฒนาบุคลากร
สูตรการคำนวณ	จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเป้าหมาย * 100 จำนวนบุคลากรทั้งหมดตามเป้าหมาย
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	บริหารทรัพยากรบุคคล
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินการ เบอร์โทรศัพท์/e-mail	น.ส.พูลสมบัติ ชัยมะเร็ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ น.ส.ณัฐธีรชา ภัทรศาศิวตวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ นางวิภาพร เมณิก นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ นางภัทริกา ศิริเพชร นักวิชาการเผยแพร่ปฏิบัติการ นางอนิตรา บริบูรณ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

*2.โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข

55. ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer)

ตัวชี้วัดที่ 55	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) มาใช้
ความหมาย/คำนิยาม	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของพนักงานมาใช้ หมายถึง หน่วยงาน สสจ.นม.และหน่วยงานทุกระดับ (รพ. สต.สสอ.รพช.รพท) ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ที่มีการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) รายบุคคลโดยระบบ Online based หรือ Nobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของพนักงานและการนำดัชนีความสุขของพนักงานไปใช้ ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของพนักงาน ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของพนักงาน
ผลงานย้อนหลัง3ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพท./รพช./สสอ./รพ.สต.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	Online – based หรือ Mobile App-based
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข
สูตรการคำนวณ	ประมวลผลจาก Application Happinometer
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	บริหารทรัพยากรบุคคล
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินการ เบอร์โทรศัพท์/e-mail	นางวิภาพร เมณิก นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ น.ส.ณัฐธีรชา ภัทรศาสตร์วงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

3.โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ

56. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดมรา 56	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)
ความหมาย/คำนิยาม	<p>1.อัตราการคงอยู่ (Retention Rate) หมายถึง จำนวนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิมในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2.บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ข้าราชการ - พนักงานราชการ - ลูกจ้างประจำ - ลูกจ้างชั่วคราว (ยกเว้น ลูกจ้างรายคาบ/รายวัน/จ้างเหมาบริการ) - พนักงานกระทรวงสาธารณสุข <p>ในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ทุกสายงาน</p> <p>3.อัตราการคงอยู่ของบุคลากรสาธารณสุข (Retention Rate) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 หมายถึง จำนวนบุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด 5 ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป (นับตามปีงบประมาณ) โดยเริ่มนับตั้งแต่วันที่เริ่มปฏิบัติงาน ณ หน่วยงานเดิม จนถึงวันที่เก็บข้อมูล โดยมีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากร 5 ประเภทการจ้างที่ปฏิบัติงานอยู่จริงทั้งหมด ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)</p> <p>4.การลาออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ลาออกจากการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>5.การถูกให้ออก หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ถูกให้ออกจากการปฏิบัติงาน โดยมีความผิดจากระบบฐานข้อมูล HROPS</p> <p>6.การโอน หมายถึง การให้บุคลากรสาธารณสุขโอนไปสังกัดใหม่นอกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จากระบบฐานข้อมูล HROPS</p>
ผลงานย้อนหลัง3ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล HROPS
สูตรการคำนวณ	จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ที่ปฏิบัติงานอยู่จริง ณ วันที่เก็บข้อมูล* 100 จำนวนบุคลากรทั้งหมด (ทุกประเภทการจ้าง) ณ ต้นปีงบประมาณ (1 ตุลาคม)
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	บริหารทรัพยากรบุคคล
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	นางสาววิทย์สุดา ญวนแมะ นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
ผลการดำเนินการ	นางวิภาพร เมณิก นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ
เบอร์โทรศัพท์/e-mail	น.ส.ณัฐธีรชา ภัทรศาศิวตวงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

57. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ 57	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 55
ความหมาย / คำนิยาม	<p>ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(4) บำรุงรักษาจิตใจ <p>อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง</p> <p>กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้</p>
ผลงานย้อนหลัง3ปี	<p>ปี 2559 จำนวน อสค. = 1,385 คน</p> <p>ปี 2560 จำนวน อสค. CKD stage 3,4,5 = 60,061 คน DM/HT (สีดํา,แดง) =26,108 คน</p> <p>ติดบ้าน ติดเตียง =12,148 คน</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ครอบครัวเป้าหมาย CKD (๓,๔,๕) + DM/HT สีแดง,ดํา + LTC (กลุ่มติดบ้าน,ติดเตียง) โดยใช้ฐานข้อมูลจาก Korat report และการตรวจคัดกรอง ADL
แหล่งข้อมูล/วิธีการ จัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. การขึ้นทะเบียน อสค. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาและขึ้นทะเบียน อสค. ลงในเวปไซด์ฐานข้อมูล อาสาสมัครครอบครัว 2. การประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. <ol style="list-style-type: none"> 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. โดย อสค.แต่ละคนที่ ดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเอง ตามแบบประเมินแล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินตนเอง (Self Assessment)ไว้ที่ตนเอง หรือ จนท.สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร 2) ผู้รับผิดชอบงานระดับ จังหวัด เขต สุ่มประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกข้อมูลผลการประเมินบน เวปไซด์ในเวปฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว <ul style="list-style-type: none"> - ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th - ระบบสารสนเทศสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน www.thaiiphc.net
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	<p>A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย</p> <p>= (A / B) x 100</p>
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	<p>งานสร้างสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	1. คุณอติเทพ วงศ์พิกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผลการดำเนินงาน / โทรศัพท์/e-mail	088- 594-1342 โทร.044-465010-4 ต่อ 309e-mail : vhv3001@gmail.com 1. คุณสิทธิศักดิ์ ปาละนันท์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 089- 849-3034 โทร.044-465010-4 ต่อ 309e-mail : vhv3001@gmail.com
-------------------------------------	---

4. ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (2 โครงการ 6 ตัวชี้วัด)

1.โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง

58. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ตัวชี้วัดที่ 58	โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
ความหมาย/คำนิยาม	<p>การพัฒนาและการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาทุกแห่ง โดยองค์ประกอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน(Integrity and Transparency) มี 5 องค์ประกอบ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ความโปร่งใส (Transparency) จะประเมินการเข้าถึงข้อมูลต่างๆ ของหน่วยงาน การจัดซื้อจัดจ้าง การมีส่วนร่วมดำเนินงานต่างๆ และการจัดการร้องเรียน ของประชาชน ผู้รับบริการ หรือผู้มีส่วนได้เสีย 2. ความพร้อมรับผิด(Accountability) จะประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมและทัศนคติของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในเรื่องการทำหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามระเบียบ หรือมีเจตจำนงอย่างซื่อสัตย์ พร้อมรับผิดชอบเมื่อผิดพลาด มีคุณธรรมและธรรมาภิบาล 3. ความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน(Corruption-Free Index) จะประเมินพฤติกรรมของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ว่าเข้าข่ายการทุจริต หาประโยชน์ หรือเอื้อประโยชน์ หรือมีความสัมพันธ์เกี่ยวพันเอื้อประโยชน์แก่ตนเอง พวกพ้องหรือผู้อื่น 4. วัฒนธรรม คุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) จะประเมินทัศนคติและพฤติกรรมผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการปลูกฝังการไม่ยอมรับการทุจริต การกล่อมเกลทาทางสังคม หรือลงโทษทางสังคมแก่ผู้ทำผิด การแยกแยะผลประโยชน์ส่วนตนกับส่วนรวม มีแผนงานป้องกันปราบปรามการทุจริต และกระบวนการตรวจสอบถ่วงดุลในหน่วยงาน 5. คุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน(Work Integrity) ประเมินกระบวนการทำงานของหน่วยงานหรือกลุ่มงานที่มีมาตรฐานชัดเจน พฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ คุณธรรมการบริหารงานบุคคลงบประมาณ การมอบหมายและสั่งงาน รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงาน <p>โดยกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการดำเนินงานป้องกันการทุจริตประกอบด้วย 1) ปลูกจิตสำนึก 2)ป้องกัน 3)ปราบปราม และ 4)เครือข่ายเฝ้าระวังฯ ของหน่วยงานทั้งในระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จะต้องมีการพัฒนาและจัดทำเอกสาร หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) 11 ข้อใหญ่ 33 ข้อย่อย ตามที่ได้ปรับปรุงหรือพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้ และการประเมิน ITA จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว ต้องได้คะแนน ร้อยละ 90 ขึ้นไป</p>
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<p>ปีงบประมาณ 2558 ร้อยละ 75.75</p> <p>ปีงบประมาณ 2559 ร้อยละ 88.31</p> <p>ปีงบประมาณ 2560 ร้อยละ 88.91</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สสจ. 1 แห่ง รพศ. 2 แห่ง รพท. 2 แห่ง รพช. 30 แห่ง สสอ. 32 แห่ง
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	จากแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัด(Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ปีงบประมาณ 2561 ของสำนักงาน ป.ป.ช. โดยประเมินเฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity culture) ของหน่วยงานในสังกัด สสจ.นครราชสีมา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(หน่วยงานเป้าหมายทั้งหมด X หน่วยงานที่ผ่านการประเมิน ITA เกินร้อยละ 90)/100

กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	1. นายจักรกฤษณ์ ศรีสุวรรณ 081-7152626 และ 044-465010 ต่อ 417 e-mail - legal.korat@gmail.com 2. นายสุรศักดิ์ พรหมหมื่นไวย 088-5821408 และ 044-465010 ต่อ 417 e-mail - legal.korat@gmail.com 3. นางสาวชญาภาณท์ เสือบุญ 091-8273941 และ 044-465010 ต่อ 417 e-mail - legal.korat@gmail.com 4. นางสาววิมลศิริ เห่งกระโทก 081-7909563 และ 044-465010 ต่อ 417 e-mail - legal.korat@gmail.com

59. ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม

ชื่อตัวชี้วัดที่ 59.1	ความสำเร็จด้านการบริหารเวชภัณฑ์ยาและมิใช่ยาเพื่อลดต้นทุน																											
ความหมาย/คำนิยาม	<p>1. มีการดำเนินการจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วมระดับจังหวัดเพื่อควบคุมต้นทุนในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ หมายถึง</p> <p>1.1 หน่วยบริการมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาพร้อมระดับจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20</p> <p>คำนิยามที่เกี่ยวข้อง</p> <p>1. มูลค่าการจัดซื้อยาพร้อมระดับจังหวัด หมายถึง มูลค่าการจัดซื้อยาซึ่งจัดซื้อตามคู่มือการจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วมประจำปีงบประมาณนั้นๆ (บาท)</p> <p>2. มูลค่าการจัดซื้อยาทั้งหมด หมายถึง มูลค่าการจัดซื้อยาที่ รพช.จัดซื้อเพื่อให้บริการผู้ป่วยและสนับสนุนให้กับหน่วยบริการ เครือข่ายทั้งหมด (บาท)</p> <p>3. กลุ่มโรงพยาบาล ได้จากการจัดกลุ่มของหน่วยบริการ (รพช. 32 แห่ง) ซึ่งแบ่งศักยภาพตาม SERVICE PLAN ดังนี้</p> <p>3.1 รพ.ขนาด M1- M2 ได้แก่ รพ.เทพรัตนนครราชสีมา,ปากช่องนานาพิมาย,โชคชัย,ครบุรี,ด่านขุนทด,บัวใหญ่(รวม 7รพ.)</p> <p>3.2 รพ.ขนาด F1 ได้แก่ รพ.ชุมพวง,ประทาย,ปักธงชัย,สีคิ้ว,สูงเนิน,จักราช (รวม 6 รพ.)</p> <p>3.3 รพ.ขนาด F2 - F3 ได้แก่ รพ.วังน้ำเขียว,เมืองยาง,ลำทะเมนชัย,โนนแดง,หนองบุญมาก,เสิงสาง,คง,บ้านเหลื่อม, แก้งสนามนาง,โนนไทย,พระทองคำ,โนนสูง,ขามสะแกแสง,ขามทะเลสอ,ห้วยแถลง,เฉลิมพระเกียรติ,สีดา,บัวลาย,เทพารักษ์ (รวม 19 รพ.)</p>																											
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	<p>ตารางที่ 1 แสดงร้อยละความร่วมมือในการจัดซื้อยาพร้อมระดับจังหวัดของ รพช. ปีงบประมาณ 55 – 59</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ</th> <th>มูลค่าการซื้อทั้งหมด</th> <th>มูลค่าการจัดซื้อร่วมยา</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ปี 2557</td> <td>416,114,288.32</td> <td>297,999,140.37</td> <td>71.61</td> </tr> <tr> <td>ปี 2558</td> <td>484,271,434.04</td> <td>356,570,985.47</td> <td>73.63</td> </tr> <tr> <td>ปี 2559</td> <td>425,413,063.46</td> <td>321,725,859.47</td> <td>75.62</td> </tr> <tr> <td>ปี 2560</td> <td>384,162,476.20</td> <td>321,094,285.12</td> <td>83.58</td> </tr> <tr> <td>(9 เดือน)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลปีงบประมาณ ปี 2557 – 2560 จากรายงานบริหารเวชภัณฑ์กลุ่มงานคุ้มครองฯ ณ 30 มิถุนายน 2561</p>				ปีงบประมาณ	มูลค่าการซื้อทั้งหมด	มูลค่าการจัดซื้อร่วมยา	ร้อยละ	ปี 2557	416,114,288.32	297,999,140.37	71.61	ปี 2558	484,271,434.04	356,570,985.47	73.63	ปี 2559	425,413,063.46	321,725,859.47	75.62	ปี 2560	384,162,476.20	321,094,285.12	83.58	(9 เดือน)			
ปีงบประมาณ	มูลค่าการซื้อทั้งหมด	มูลค่าการจัดซื้อร่วมยา	ร้อยละ																									
ปี 2557	416,114,288.32	297,999,140.37	71.61																									
ปี 2558	484,271,434.04	356,570,985.47	73.63																									
ปี 2559	425,413,063.46	321,725,859.47	75.62																									
ปี 2560	384,162,476.20	321,094,285.12	83.58																									
(9 เดือน)																												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชน 32 แห่ง																											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- แบบรายงานบริหารเวชภัณฑ์ยา กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขปี 2561																											
แหล่งข้อมูล	แบบรายงานบริหารเวชภัณฑ์จังหวัด																											
สูตรการคำนวณ	<p>1. % การจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วม =</p> <p>$\frac{\text{มูลค่าการจัดซื้อรายการยาตามบัญชีรายการซื้อร่วมจังหวัดและเขต (บาท) ปีงบประมาณ 2561} \times 100}{\text{มูลค่าการจัดซื้อยาทั้งหมด (บาท) ปีงบประมาณ 2561}}$</p>																											
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ,กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ																											
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	กลุ่มงานเภสัชกรรม ภญ.ศุภจิตา วิสุทพิพัฒน์สกุล, ภญ. สุภาพร บุตรโคตร, ภญ.ฤชากร ศรีจันทร์																											
ผลการดำเนินการ	044-465011-14 ต่อ 105,106																											

ตัวชี้วัด 59.2	ความสำเร็จด้านการบริหารเวชภัณฑ์ยาและมีโซยาเพื่อลดต้นทุน																
เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ร้อยละการจัดซื้อเวชภัณฑ์มีโซยาประเภทวัสดุการแพทย์ร่วมระดับจังหวัด ร้อยละ 60 ร้อยละการจัดซื้อเวชภัณฑ์มีโซยาประเภทวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมระดับจังหวัด ร้อยละ30 																
ความหมาย/คำนิยาม	<p>1. มีการดำเนินการจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วมระดับจังหวัดเพื่อควบคุมต้นทุนในการจัดซื้อเวชภัณฑ์ หมายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 หน่วยบริการมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์มีโซยาประเภทวัสดุการแพทย์ร่วมระดับจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 1.2 หน่วยบริการมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์มีโซยาประเภทวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมระดับจังหวัด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 <p><u>คำนิยามที่เกี่ยวข้อง</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์มีโซยา ประเภทวัสดุการแพทย์ร่วมระดับจังหวัด และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมระดับจังหวัด หมายถึง มูลค่าการจัดซื้อ เวชภัณฑ์มีโซยาประเภทวัสดุวิทยาศาสตร์ และประเภทวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ซึ่งจัดซื้อตามคู่มือการจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วมตามประเภทของเวชภัณฑ์ ประจำปีงบประมาณนั้นๆ (บาท) 2. มูลค่าการจัดซื้อ เวชภัณฑ์มีโซยาประเภทวัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งหมด หมายถึง มูลค่าการจัดซื้อ เวชภัณฑ์มีโซยาประเภทวัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่โรงพยาบาลจัดซื้อ เพื่อให้บริการผู้ป่วยและสนับสนุนให้กับหน่วยบริการเครือข่ายทั้งหมด (บาท) 																
ผลการดำเนินงาน ย้อนหลัง	<p>ตารางที่1 แสดงร้อยละความร่วมมือในการจัดซื้อเวชภัณฑ์มีโซยาร่วมระดับจังหวัดของ รพท.และ รพช. ปีงบประมาณ 2559</p> <table border="1" data-bbox="550 1176 1481 1350"> <thead> <tr> <th>รพท.และรพช.</th> <th>มูลค่าการซื้อ เวชภัณฑ์มีโซยาทั้งหมด</th> <th>มูลค่าการจัดซื้อ รวม เวชภัณฑ์มีโซยา</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>121,048,860.01</td> <td>83,142,886.38</td> <td>68.69</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลปีงบประมาณ ปี 2559 จากรายงานบริหารเวชภัณฑ์กลุ่มงานคุ้มครองฯ ณ 30 มิถุนายน 2559</p> <p>ตารางที่ 2 แสดงร้อยละความร่วมมือในการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมระดับจังหวัดของรพท. และ รพช. ปีงบประมาณ 2559</p> <table border="1" data-bbox="550 1574 1481 1809"> <thead> <tr> <th>รพท.และรพช. รพช.</th> <th>มูลค่าการซื้อ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งหมด</th> <th>มูลค่าการจัดซื้อ รวม ชั้นสูตร</th> <th>ร้อยละ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>135,716,046.01</td> <td>27,104,177.91</td> <td>19.97</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : ข้อมูลปีงบประมาณ ปี 2558 จากรายงานบริหารเวชภัณฑ์กลุ่มงานคุ้มครองฯ ณ 30 มิถุนายน 2559</p>	รพท.และรพช.	มูลค่าการซื้อ เวชภัณฑ์มีโซยาทั้งหมด	มูลค่าการจัดซื้อ รวม เวชภัณฑ์มีโซยา	ร้อยละ		121,048,860.01	83,142,886.38	68.69	รพท.และรพช. รพช.	มูลค่าการซื้อ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งหมด	มูลค่าการจัดซื้อ รวม ชั้นสูตร	ร้อยละ		135,716,046.01	27,104,177.91	19.97
รพท.และรพช.	มูลค่าการซื้อ เวชภัณฑ์มีโซยาทั้งหมด	มูลค่าการจัดซื้อ รวม เวชภัณฑ์มีโซยา	ร้อยละ														
	121,048,860.01	83,142,886.38	68.69														
รพท.และรพช. รพช.	มูลค่าการซื้อ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทั้งหมด	มูลค่าการจัดซื้อ รวม ชั้นสูตร	ร้อยละ														
	135,716,046.01	27,104,177.91	19.97														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน 32 แห่ง																
แหล่งข้อมูล / การ จัดเก็บ	<ul style="list-style-type: none"> - แบบรายงานบริหารวัสดุการแพทย์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ปี2561 - แบบรายงานบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ปี2561 																

	- รายงานบัญชีเกณฑ์คงค้าง/Plan fin ของกลุ่มงานประจำปี 2561
ความถี่ในการจัดเก็บ	- รายเดือน /รายปี
สูตรคำนวณ	A /B x100 A หมายถึง มูลค่าการจัดซื้อแต่ละประเภท ตามรายการจัดซื้อรวม B หมายถึง มูลค่าการจัดซื้อแต่ละประเภท ทั้งหมด ** หมายถึง % การจัดซื้อเวชภัณฑ์สามารถแยกคำนวณแต่ละประเภทได้
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ชื่อผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์	การจัดซื้อเวชภัณฑ์มีไชยาประเภทวัสดุการแพทย์ นางผกามาศ อินทกุล 044-465011-14 ต่อ 452 การจัดซื้อเวชภัณฑ์มีไชยาประเภทวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ นางปิยาวดี ประสงค์สุธน 044-465011-14 ต่อ 452

60. ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน

ตัวชี้วัดที่ 60	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด ร้อยละของการตอบสนองของหน่วยงานต่อข้อทักท้วง/ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบ ภายในระดับจังหวัดตามระยะเวลาที่กำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด ร้อยละ100 มีความสำเร็จระดับ 5
ความหมาย / คำนิยาม	<p>การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแลฝ่ายบริหารและบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้สูงขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ 2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา 3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วย รับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น <p>แนวคิดของการควบคุมภายใน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติการควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีใช้ผลสุดท้ายของการกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring) 2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลด้วยการสร้างบรรยากาศ สภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น 3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิผลเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้ เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมายระเบียบและ

กฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างับต้นทุนที่เกิดขึ้น

ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน

“การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด”

คำว่า “การควบคุมภายใน” หรือ “ระบบการควบคุมภายใน” เป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยรับตรวจทุกคนควรให้ความสำคัญเพราะเป็นพันธกรณีที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสำเร็จ ลุล่วงตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นการออกแบบการควบคุมภายในอย่างเหมาะสม และการติดตามผลการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนด รวมทั้งการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้บริหารได้รับทราบจุดอ่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้หน่วยรับตรวจสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานการควบคุมภายใน

มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment)
2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment)
3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities)
4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications)
5. การติดตามประเมินผล (Monitoring)

องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ

3 ประการ คือ

- การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ
- รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ
- มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง

การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำปีประหววง สาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคม โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการและเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน และบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเรียกดูและสอบถามต่อไป

การติดตามประเมินผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการปฏิบัติงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอ เหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง

	<p>การติดตามประเมินผลหมายถึง การระบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา</p> <p>ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล</p> <p>ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - พิจารณาวិธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ - กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ - สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง - ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ <p>ความเสี่ยง หมายถึง โอกาสที่จะเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล ความสูญเปล่า การดำเนินการบริหารความเสี่ยง หมายถึง การรับรู้ความเสี่ยง และทำการลดความเสี่ยง การดำเนินการ มี 7 ขั้นตอนที่สำคัญ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กำหนดเป้าประสงค์และเป้าหมาย 2. การระบุความเสี่ยง 3. การประเมินความเสี่ยง 4. กลยุทธ์ที่ใช้จัดการความเสี่ยง 5. กิจกรรมการบริหารความเสี่ยง 6. สารสนเทศและการสื่อสารด้านบริหารความเสี่ยง 7. การติดตามและเฝ้าระวังความเสี่ยง <p>การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน</p> <p>คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p> <ul style="list-style-type: none"> - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 10 เมษายน 2561 - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 10 ตุลาคม 2561
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 30 แห่ง</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 350 แห่ง</p>
<p>แหล่งข้อมูล / การจัดเก็บข้อมูล</p>	<p>1. คำสั่งคณะกรรมการการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน</p>

2. การจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน
 3. รายงานผลการประเมินองค์ประกอบของการควบคุมภายใน (แบบ ปย.1) , รายงานผลการประเมินและการปรับปรุงการควบคุมภายใน (แบบ ปย.2) และรายงานผลการติดตามรายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน (แบบติดตาม ปย.2) ให้ดำเนินการแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน
 4. มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน
 5. มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง
(6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ
- การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	มีคำสั่งกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	2
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยงาน แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	3
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน	4
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายใน ปีละ 2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	5

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละ100 จำนวนหน่วยงานรับตรวจทุกแห่ง มีระดับความสำเร็จไม่น้อยกว่าระดับ 5
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ผู้ประสานงาน	นางฉวีวรรณ จันณรงค์
เบอร์โทร	โทร. 0 4446 5010-4 ต่อ 462 มือถือ 0 89991 7358 9
E-mail	โทรสาร. 0 4446 5023 E-mail : chaweewanjan1960@hotmail.com

<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 ร้อยละของการตอบสนองของหน่วยงานต่อข้อทักท้วง/ข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบภายใน ระดับจังหวัดตามระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ร้อยละ 100 ของหน่วยงานผ่านเกณฑ์ระดับ3 (เกณฑ์ตั้งแต่ 60 คะแนนขึ้นไป)</p>
<p>ความหมาย / คำนิยาม</p>	<p>1. การตรวจสอบภายใน หมายถึง กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของหน่วยงานให้ดีขึ้น โดยจะช่วยทำให้บรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิผลของกระบวนการบริหาร ความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ</p> <p>2. การตอบสนอง หมายถึง การที่หน่วยงานต้องรายงานผลการแก้ไขปรับปรุงตามข้อทักท้วงและข้อเสนอแนะของผู้ตรวจสอบให้ผู้ตรวจสอบทราบภายใน 15 วันทำการ หลังจากรับรายงานผลการตรวจสอบจากคณะผู้ตรวจสอบภายในระดับจังหวัด</p> <p>3. ขอบเขตผลการตรวจสอบภายใน หมายถึง ผลข้อทักท้วง/ข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบของรายงานทางการเงิน จำนวน ๖ ส่วน ดังนี้</p> <p>ส่วนที่ 1 หมวดสินทรัพย์</p> <p>ส่วนที่ 2 หมวดหนี้สิน</p> <p>ส่วนที่ 3 หมวดส่วนของเจ้าของ(ทุน)</p> <p>ส่วนที่ 4 หมวดของรายได้</p> <p>ส่วนที่ 5 หมวดค่าใช้จ่าย</p> <p>ส่วนที่ 6 รายงานการควบคุมภายใน (คตง.ข้อ 5 , คตง.ข้อ 6)</p> <p>4. การบริหารความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการที่เป็นระบบในการบริหารปัจจัยและควบคุมกิจกรรมรวมทั้งกระบวนการดำเนินการต่าง ๆ เพื่อลดมูลเหตุของโอกาสที่จะทำให้เกิดความเสียหายจาก การดำเนินการที่ไม่เป็นไปตามแผนเพื่อให้ระดับของความเสี่ยงและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอยู่ในระดับที่สามารถยอมรับได้ ควบคุมได้ และตรวจสอบได้อย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นแผนงาน/ โครงการที่สำคัญซึ่งมีผลกระทบสูงต่อการบรรลุความสำเร็จ</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ความเสี่ยง หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีความไม่แน่นอน ซึ่งอาจเกิดขึ้น และมีผลทำให้หน่วยรับตรวจเกิดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล ความสูญเสียไป ไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้ ● การประเมินความเสี่ยง หมายถึง กระบวนการที่ใช้ในการระบุความเสี่ยงการวิเคราะห์ ความเสี่ยง และการกำหนดแนวทางหรือมาตรการควบคุมเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยง เพื่อมุ่งหวังให้ส่วนราชการบรรลุผลตามเป้าประสงค์ขององค์กร ● ความเสี่ยงจำแนกได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้ <ol style="list-style-type: none"> 1) ความเสี่ยงในเชิงกลยุทธ์ (Strategic Risk) ความเสี่ยงที่เกิดจากการกำหนด แผนกลยุทธ์และการปฏิบัติตามแผนกลยุทธ์อย่างไม่เหมาะสม รวมถึงความไม่สอดคล้องกันระหว่างนโยบาย เป้าหมาย กลยุทธ์ โครงสร้างองค์กร ทรัพยากร การปฏิบัติตามแผน และสภาพแวดล้อมอันส่งผลกระทบต่อองค์กร 2) ความเสี่ยงด้านการเงิน (Financial Risk) พิจารณาในเรื่องฐานะทางการเงิน

	<p>งบประมาณ</p> <p>3) ความเสี่ยงด้านการดำเนินงาน (Operational Risk) ความเสี่ยงที่เกิดจากการปฏิบัติงานทุกๆ ขั้นตอน โดยครอบคลุมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการ อุปกรณ์ เทคโนโลยีสารสนเทศ บุคลากรในการปฏิบัติงาน เป็นต้น</p> <p>4) ความเสี่ยงในการปฏิบัติตามกฎระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance Risk) ความเสี่ยงที่เกิดจากการไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ/กฎหมายที่เกี่ยวข้องได้ หรือกฎระเบียบ/กฎหมายที่มีอยู่ไม่เหมาะสม หรือเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น ความเสี่ยงของหน่วยงานต่อการถูกร้องเรียนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นต้น</p>
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 30 แห่ง</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 แห่ง</p> <p>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ 2 แห่ง (โดยวิธีการสุ่มตรวจ)</p>
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	<p>1. ผลการแก้ไขตามข้อทักท้วง/ข้อเสนอแนะการตรวจสอบภายในปี2556 - ปี2560</p> <p>2. ผลการแก้ไขตามข้อทักท้วง/ข้อเสนอแนะการตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบภายในปีงบประมาณ 2561 ข้อมูลจากการตรวจสอบของผู้ตรวจสอบภายในระดับจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน :</p> <p>ระดับที่ 1 ได้ 20 คะแนน มีข้อทักท้วง/ข้อเสนอแนะมากกว่า 1 ส่วนแต่สามารถดำเนินการแก้ไขปรับปรุงได้จำนวน 1 ส่วนและได้รายงานผลให้จังหวัดทราบภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ระดับที่ 2 ได้ 40 คะแนน มีข้อทักท้วง/ข้อเสนอแนะมากกว่า 1 ส่วนแต่สามารถดำเนินการแก้ไขปรับปรุงได้จำนวน 2 ส่วนและได้รายงานผลให้จังหวัดทราบภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ระดับที่ 3 ได้ 60 คะแนน มีข้อทักท้วง/ข้อเสนอแนะมากกว่า 1 ส่วนแต่สามารถดำเนินการแก้ไขปรับปรุงได้ตั้งแต่จำนวน 3 ส่วนขึ้นไป และได้รายงานผลให้จังหวัดทราบภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ระดับที่ 4 ได้ 80 คะแนน มีข้อทักท้วง/ข้อเสนอแนะจำนวน 1 ส่วนและสามารถดำเนินการแก้ไขปรับปรุงได้และรายงานผลให้จังหวัดทราบภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>ระดับที่ 5 ได้ 100 คะแนน ไม่มีข้อทักท้วงและข้อเสนอแนะจากการตรวจสอบภายในระดับจังหวัด</p>
สูตรการคำนวณ	<p>$\frac{\text{จำนวนข้อทักท้วงที่ได้รับการแก้ไข}}{\text{จำนวนข้อทักท้วงที่ถูกตรวจพบทั้งหมด}} \times 100$</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	งานตรวจสอบภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา
ผู้ประสานงาน/ เบอร์โทร E-mail	<p>นางสาวญาณวดี สุสิริรักษา หัวหน้างานตรวจสอบภายใน - สสจ.นครราชสีมา</p> <p>โทร. 0 4446 5010-4 ต่อ 212 มือถือ 0 8946 7723 7 โทรสาร 0 4446 5021 , 0 4446 5023</p> <p>E-mail Address : yannawadee@yahoo.com</p>

*2. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ

61. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสู่เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

ตัวชี้วัด 61	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข																								
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <table border="1" data-bbox="432 479 1337 707"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 5 1 แห่ง</td> <td>ระดับ 5 1 แห่ง</td> <td>ระดับ 5 1 แห่ง</td> <td>ระดับ 5 1 แห่ง</td> <td>ระดับ 5 1 แห่ง</td> </tr> </table> <p>2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <table border="1" data-bbox="432 763 1337 1048"> <tr> <td>ปีงบประมาณ 61</td> <td>ปีงบประมาณ 62</td> <td>ปีงบประมาณ 63</td> <td>ปีงบประมาณ 64</td> <td>ปีงบประมาณ 65</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 20) 7 แห่ง</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 40) 13 แห่ง</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 60) 20 แห่ง</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 80) 26 แห่ง</td> <td>ระดับ 5 (ร้อยละ 100) 32 แห่ง</td> </tr> </table>					ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ระดับ 5 1 แห่ง	ระดับ 5 1 แห่ง	ระดับ 5 1 แห่ง	ระดับ 5 1 แห่ง	ระดับ 5 1 แห่ง	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65	ระดับ 5 (ร้อยละ 20) 7 แห่ง	ระดับ 5 (ร้อยละ 40) 13 แห่ง	ระดับ 5 (ร้อยละ 60) 20 แห่ง	ระดับ 5 (ร้อยละ 80) 26 แห่ง	ระดับ 5 (ร้อยละ 100) 32 แห่ง
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65																					
ระดับ 5 1 แห่ง	ระดับ 5 1 แห่ง	ระดับ 5 1 แห่ง	ระดับ 5 1 แห่ง	ระดับ 5 1 แห่ง																					
ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ปีงบประมาณ 65																					
ระดับ 5 (ร้อยละ 20) 7 แห่ง	ระดับ 5 (ร้อยละ 40) 13 แห่ง	ระดับ 5 (ร้อยละ 60) 20 แห่ง	ระดับ 5 (ร้อยละ 80) 26 แห่ง	ระดับ 5 (ร้อยละ 100) 32 แห่ง																					
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 1 แห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 32 แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์กร หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด 6 การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี 2561- 2565 ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี 2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563 ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด <table border="1" data-bbox="695 1778 1230 2063"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2561</td> <td>หมวด 1,หมวด 5</td> </tr> <tr> <td>2562</td> <td>หมวด 2,หมวด 4</td> </tr> <tr> <td>2563</td> <td>หมวด 3,หมวด 6</td> </tr> <tr> <td>2564</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> <tr> <td>2565</td> <td>หมวด 1- 6</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 3. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง (OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ 1 					พ.ศ.	ภาคบังคับ	2561	หมวด 1,หมวด 5	2562	หมวด 2,หมวด 4	2563	หมวด 3,หมวด 6	2564	หมวด 1- 6	2565	หมวด 1- 6								
พ.ศ.	ภาคบังคับ																								
2561	หมวด 1,หมวด 5																								
2562	หมวด 2,หมวด 4																								
2563	หมวด 3,หมวด 6																								
2564	หมวด 1- 6																								
2565	หมวด 1- 6																								

	<p>แผน</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด 7 5. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร 6. ติดตามประเมินผล โดยทีม Internal Audit /กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร /ผู้ตรวจประเมินภายนอก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นครราชสีมา</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร Email	นางฉันทยาภัทร์ เชื้อยธนิศรี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เบอร์โทร 08-6553-6615 Email:wonhacc@gmail.com

62. ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น 3

ตัวชี้วัดที่ 62	รพ.ทุกระดับผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน HA
เป้าหมาย(เกณฑ์)	1.ร้อยละ 100 ของ โรงพยาบาลทั่วไป 2.มากกว่าร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลชุมชน ๓.มากกว่าร้อยละ ๘๐ ของโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน
ความหมาย / คำนิยาม	โรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดนครราชสีมา หมายถึง - โรงพยาบาลทั่วไป ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ รพ.เทพรัตน์ ,รพ.ปากช่องนานา - โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 แห่ง ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA หมายถึง ผ่านการ Accreditation HA ชั้น 3 หรือ Re Accreditation HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ชั้น ดังนี้ - HA ชั้น 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง - HA ชั้น 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - HA ชั้น 3 หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน
ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง	-โรงพยาบาลทั่วไป ปี 2558 = ร้อยละ 100 ,ปี 2559 = ร้อยละ 100 ,ปี 2560 = ร้อยละ 100 -โรงพยาบาลชุมชนปี 2558 ร้อยละ 68.97,ปี 2559 ร้อยละ 65.63,ปี 2560 ร้อยละ 66.66 (ณ.13 กันยายน 2560)
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
สูตรคำนวณ	จำนวน รพ.ทั่วไปและ รพ.ชุมชนในจังหวัดนครราชสีมาที่ผ่านการรับรอง HA X 100 จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ศูนย์ความร่วมมือเพื่อการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลเขตนครชัยบุรีรินทร์ (HACC นครชัยบุรีรินทร์) กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้ประสานงาน / เบอร์ โทรศัพท์/e-mail	นางศรีพร บถพิบูลย์ เบอร์โทรศัพท์ 044-465010-4 ต่อ209 นายหาญ จินดา เบอร์โทรศัพท์ 044-465010-4 ต่อ209 Email: hacckorat@gmail.com

63. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว

ตัวชี้วัดที่ 63	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 25 (สะสม)
ความหมาย / คำนิยาม	<p>1. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาควิมีส่วนร่วม 3) บุคลากรดี 4) บริการดี 5))ประชาชนสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กร ธรรมนูญ และ การวางแผนกลยุทธ์</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการประเมินเกณฑ์พัฒนา 3 ดาว 4 ดาว 5 ดาว (ผ่านเกณฑ์)</p> <p>รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ คือ 5 ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้</p> <p>1) คะแนนรายหมวด มากกว่าร้อยละ 80</p> <p>2) คะแนนรวม 5 หมวด มากกว่าร้อยละ 90</p> <p>2. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>
ผลงานย้อนหลัง3ปี	ปี 2560 ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว 5 ดาว จำนวน 35 แห่ง (10.08%)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 347 แห่ง
แหล่งข้อมูล /การเก็บ ข้อมูล	<p>1. สํารวจและประเมินตนเองตามเกณฑ์ตามเกณฑ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว</p> <p>2. มีทีมเยี่ยมเสริมพลัง ระดับอำเภอ จังหวัด เขต ลงประเมิน</p> <p>3. มีแบบประเมินหมวดผลลัพธ์ เก็บข้อมูลจาก อสค. และผู้รับบริการ (Self Care)</p> <p>4. บันทึกข้อมูลผ่านระบบสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ</p>
สูตรคำนวณ	<p>A = จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว</p> <p>B = จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว 3 ดาว</p> <p>C = จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว 4 ดาว</p> <p>D = จำนวน รพ.สต.ทั้งหมดที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์</p> <p>$(A/D) \times 100$</p>
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	<p>งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ</p> <p>กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ</p>
ผู้ประสานงาน / โทรศัพท์/e-mail	<p>1. คุณจักรพงษ์ รวิยะวงศ์ งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ</p> <p>081 266 3235 , 044 465010 ต่อ 315 e-mail : pcukorat@gmail.com</p> <p>3. นางคณินิจ หุตะวัฒนะ งานพัฒนาบริการปฐมภูมิ</p> <p>081 7897390, 044 465010 ต่อ 315 e-mail : pcukorat@gmail.com</p>

แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1 ตัวชี้วัด)

1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)

64. 1) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

ตัวชี้วัดที่ 64	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 2๐ (ปี 2560 เน้นหนักเรื่องการลงทะเบียนวินิจฉัยสาเหตุการตาย [ill-defined])
ความหมาย / คำนิยาม	<p>คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย</p> <p>1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด</p> <p>ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึงการเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุ การตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ</p> <p>ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9).
ผลงานย้อนหลัง3ปี	ข้อมูลการตายจาก 43 แห่งมีการลงทะเบียนกลุ่มอาการทำให้ข้อมูลคาดเคลื่อน โดย ในปี 2556 คาดเคลื่อน ร้อยละ 36.51, ปี 2557 ร้อยละ 31.10 ,ปี 2558 ร้อยละ 30.76 ปี 2559 (มค. - กย,) ร้อยละ 35.38 25 ๖๐ (มค. - กย,) ร้อยละ ๓๑.8๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สาเหตุการตาย : ทุกอำเภอในจังหวัดนครราชสีมา
แหล่งข้อมูล /การเก็บข้อมูล	<p>1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์</p> <p>๒. HDC Cloud Server</p> <p>๓. คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย (http://thcc.or.th/ebook.html)</p> <p>1. สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย</p> <p>๒. การบันทึกข้อมูลการให้บริการของรพ.สต.ในโปรแกรมพื้นฐาน</p> <p>๓. การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนและการให้รหัสโรคของผู้ป่วยนอกในหน่วยบริการ รพ.สต.</p> <p>๔. การประเมินผลงานใช้ แฟ้ม Death จาก ๔๓ แฟ้มในการให้คะแนน และอำเภอที่ผ่านจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย</p>
สูตรคำนวณ	<p>A = จำนวนอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย</p> <p>B = จำนวนอำเภอทั้งหมด</p> <p>สาเหตุการตาย : $(A/B) \times 100$</p>
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
ผู้ประสานงาน / โทรศัพท์/e-mail	<p>นางสาวสุชีรา สนธิสายสิงห์ นางลิตาฟูตระกูล</p> <p>๐๘๒๘๗๔๔๗๗๕</p> <p>koratcity@hotmail.com</p>

แผนงานที่ 13 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ 4 ตัวชี้วัด)

1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน

65. รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)

ตัวชี้วัดที่ 65	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ ของ 3 ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ (Age adjusted health expenditure per capita of each scheme)
เกณฑ์เป้าหมาย	พิสัยความต่างลดลงจากปีก่อนหน้า
ความหมาย / คำนิยาม	รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per capita) ของ แต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ หมายถึง รายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบ หลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ มีความต่างจากค่าเฉลี่ยของทั้งสามระบบหลัก ใกล้เคียงกัน เนื่องจาก ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐมาจากภาษีเป็นหลัก จึงไม่ควรสนับสนุนแตกต่างกัน (อ้างอิง SAFE)
ผลงานย้อนหลัง3ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ▪ ระบบประกันสังคม ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
แหล่งข้อมูล /การเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก - รายจ่ายสุขภาพของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ข้อมูล ณ เดือน สค. และประมาณการ 12 เดือน - จำนวนประชากรของแต่ละระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก และ จำนวนประชากรแยกตามกลุ่มอายุ (อ้างอิงกลุ่มอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ *)
สูตรคำนวณ	1. $((A-D)/D) \times 100$ 2. $((B-D)/D) \times 100$ 3. $((C-D)/D) \times 100$ A = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ B = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบประกันสังคมที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ C = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบประกันสุขภาพแห่งชาติที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ D = ค่าเฉลี่ยรายจ่ายสุขภาพต่อหัวประชากรระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ
งาน/กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	
ผู้ประสานงาน / โทรศัพท์/e-mail	

66. กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ

ตัวชี้วัดที่ 66	กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ
เกณฑ์เป้าหมาย	ลดความต่างของอัตราการจ่ายเงิน
ความหมาย / คำนิยาม	การจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามระบบหลักให้แก่สถานพยาบาลเป็นราคาเดียวกันในทุกประเภทและระดับการบริการ
ผลงานย้อนหลัง3ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ได้แก่ <ul style="list-style-type: none"> ▪ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ ▪ ระบบประกันสังคม และ ▪ ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ
แหล่งข้อมูล /การเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลของระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก ใช้ข้อมูลทุติยภูมิของระบบประกันสุขภาพภาครัฐ 3 ระบบหลัก - รวบรวมข้อมูลการจ่ายเงินตามกลไกที่เลือก ในปี พ.ศ. 2560
สูตรคำนวณ	-
งาน/กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	
ผู้ประสานงาน / โทรศัพท์/e-mail	

67. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ 67	ประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2560								
เป้าหมาย(เกณฑ์)	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90 (ปีงบประมาณ 61 1,550,000 ครั้ง)								
ความหมาย / คำนียาม	ประชาชนที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุละสั่งการ								
ผลงาน 3 ปีย้อนหลัง	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ปี 2557</th> <th>ปี 2558</th> <th>ปี 2559</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>56,159</td> <td>62,761</td> <td>64,398</td> </tr> </tbody> </table>			ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	56,159	62,761	64,398
ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559							
56,159	62,761	64,398							
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง								
แหล่งข้อมูลการจัดเก็บ	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)								
สูตรคำนวณ	จำนวนนับ								
กลุ่มงานผู้รับผิดชอบ	งานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน								
ผู้ประสานงาน / เบอร์โทรศัพท์/ e-mail	นางสรภัส เพชรอรุณ เบอร์โทรศัพท์ 086-4992453 e-mail ; sorrapas_a@hotmail.com นายวีระชน เกลียวกลม เบอร์โทรศัพท์ 089-2559308 e-mail ; veerachon_k@hotmail.com								

*2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

68. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

ตัวชี้วัดที่ 68	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 6
ความหมาย/คำนิยาม	<p>- หน่วยบริการหมายถึง รพม. รพท. รพช. และ CUP ที่ไม่ใช่โรงพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>-วิธีการวัด วัดที่การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. หน่วยบริการมีคณะทำงานพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังระดับอำเภอ พร้อมทั้งมีการประชุมคณะทำงานอย่างน้อยทุกไตรมาส 2. หน่วยบริการมีศูนย์การจัดเก็บรายได้และมีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดเก็บรายได้อย่างชัดเจน และมีการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลผลการจัดเก็บรายได้ทุกสิทธิ ทุกไตรมาส 3. หน่วยบริการมีการจัดทำแผนทางการเงิน (Planfin) และมีการวิเคราะห์ผลการดำเนินงานตามแผนทางการเงิน (Planfin) ทั้งส่วนรายได้และค่าใช้จ่ายทุกไตรมาสโดยผลการดำเนินงานทั้งรายได้และค่าใช้จ่ายมีความต่างจากแผนไม่เกินร้อยละ 5 (รายได้และค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ 5) หากเกินเกณฑ์ต้องมีแผนแก้ไขปัญหา 4. หน่วยบริการมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ FAI ที่กระทรวงกำหนด ทั้ง 4 กิจกรรม ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> 1.) การพัฒนาระบบควบคุมภายใน 2.) การพัฒนาคุณภาพบัญชี 3.) การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร การเงินการคลัง 4.) การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน FAI ตามเกณฑ์ที่กระทรวงกำหนด 5. หน่วยบริการมีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกันทุกเดือน โดยประเมินต้นทุนต่อหน่วยแบบ Quick Method เสนอผู้บริหารทุกเดือน <p>ไตรมาสที่ 1 ให้ เปรียบเทียบกับเกณฑ์เฉลี่ยกระทรวงไตรมาส 4/60 ไตรมาสที่ 2 เปรียบเทียบกับไตรมาส 1/61 ไตรมาสที่ 3 เปรียบเทียบกับไตรมาส 2/61 และไตรมาสที่ 4 เปรียบเทียบกับไตรมาส 3/61 ถ้าหากกระทรวงฯ สามารถจัดทำข้อมูลค่าเฉลี่ยของประเทศได้ทุกเดือนให้เปรียบเทียบตามเดือนนั้นๆ</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. ประสิทธิภาพของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาการเงินโดยมีดัชนีทางการเงินไม่เกินระดับ 3 ทุกเดือน ถ้าระดับ 4 ขึ้นไป ต้องผ่านเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพ Grade B ขึ้นไป <p>วัดสถานการณ์เงิน 7 ระดับ หมายถึง การวัดความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินของหน่วยบริการด้วยดัชนีทางการเงิน 7Risk Scoreและการวัดประสิทธิภาพทางการเงินด้วยดัชนี 7Plus Efficiency Score ดังนี้</p> <p>7Risk Score บอกระดับความเสี่ยงการเงิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน 2) Quick Ratio < 1.0 = 1 คะแนน 3) Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน 4) ทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = 1 คะแนน 5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน 6) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน 7) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < 6 เดือน = 1 คะแนน <p>หลักเกณฑ์การวัดสถานะการเงิน 7Plus Efficiency Score</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>ประสิทธิภาพการกำกับไร</u> เป็นการวัดความสามารถในการทำกำไรของหน่วยงาน (การวัดผล : มากกว่าร้อยละ 0) 2. <u>อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์</u> แสดงถึงความสามารถในการทำกำไรของสินทรัพย์ทั้งหมดที่หน่วยบริการใช้ในการดำเนินงาน

(การวัดผล : คิดเป็นร้อยละโดยเทียบกับค่ากลาง ของกลุ่มหน่วยบริการระดับเดียวกัน)

3. ระยะเวลาที่เฉลี่ยในการชำระหนี้การค้า แสดงถึงความสามารถในการบริหารหนี้การค้ากลุ่มงานบริการของโรงพยาบาล

(การวัดผล : น้อยกว่า 90 วัน ถือว่า โรงพยาบาลมีความสามารถในการชำระหนี้)

4. ระยะเวลาที่เฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ สิทธิ UC -OP/IP (AE) แสดงถึงความสามารถในการบริหารลูกหนี้ของโรงพยาบาล

(การวัดผล : น้อยกว่า 60 วัน ถือว่า โรงพยาบาลมีความสามารถในการเรียกเก็บลูกหนี้)

5. ระยะเวลาที่เฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ แสดงถึงความสามารถในการบริหารลูกหนี้ของโรงพยาบาลกลุ่มลูกหนี้สิทธิข้าราชการที่เรียกเก็บจากกรมบัญชีกลาง

(การวัดผล : น้อยกว่า 60 วัน ถือว่า โรงพยาบาลมีความสามารถในการเรียกเก็บลูกหนี้)

6. ระยะเวลาที่เฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิประกันสังคม (ในเครือข่าย) แสดงถึงความสามารถในการบริหารลูกหนี้ของโรงพยาบาล กลุ่มลูกหนี้สิทธิประกันสังคม (ในเครือข่าย)

(การวัดผล : น้อยกว่า 60 วัน ถือว่า โรงพยาบาลมีความสามารถในการเรียกเก็บลูกหนี้)

7. การบริหารสินค้าคงคลัง ด้านยา เวชภัณฑ์มีใช้ยาฯ แสดงถึงความสามารถบริหารจัดการด้านยา เวชภัณฑ์มีใช้ยาฯ ที่อยู่ในคลังในปริมาณที่เหมาะสม

(การวัดผล : น้อยกว่า 60 วัน ถือว่า โรงพยาบาลมีความสามารถในการบริหารสินค้าคงคลังที่เหมาะสม)

การจัด Grade

- ผ่าน 7 ข้อ Grade A
- ผ่าน 6 ข้อ Grade A-
- ผ่าน 5 ข้อ Grade B
- ผ่าน 4 ข้อ Grade B-
- ผ่าน 3 ข้อ Grade C
- ผ่าน 2 ข้อ Grade C-
- ผ่าน 1 ข้อ Grade D
- ผ่าน 0 ข้อ Grade F

Grading : 7 Plus Efficiency Score

↑ มาก ประสิทธิภาพ ↓ น้อย	0A	1A	2A	3A	4A	5A	6A	7A
	0A-	1A-	2A-	3A-	4A-	5A-	6A-	7A-
	0B	1B	2B	3B	4B	5B	6B	7B
	0B-	1B-	2B-	3B-	4B-	5B-	6B-	7B-
	0C	1C	2C	3C	4C	5C	6C	7C
	0C-	1C-	2C-	3C-	4C-	5C-	6C-	7C-
	0D	1D	2D	3D	4D	5D	6D	7D
	0F	1F	2F	3F	4F	5F	6F	7F
	← น้อย		← ความเสี่ยง				← มาก	

ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ปี 2557 ร้อยละ 100 เกณฑ์เดิม ปี 2558 ร้อยละ 100 เกณฑ์เดิม ปี 2559 ร้อยละ 83.87 ปี 2560 ร้อยละ 96.97
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- รพม. 1 แห่ง - รพท. 2 แห่ง - รพช. 30 แห่ง - CUP ที่ไม่ใช่ รพ. 4 แห่ง รวม 37 แห่ง
แหล่งข้อมูล/การจัดเก็บ	Website : hfo.cfo.in.th และ planfin.cfo.in.th ของกลุ่มประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อมูล	<p>-แผนทางการเงิน (PLANFIN)</p> <p>- รายงานงบการเงิน</p> <p>- รายงาน FAI</p> <p>- สรุปรายงานการประชุม คทง. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง</p> <p>- คำสั่ง คทง. พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลัง</p> <p>- แผนแก้ไขปัญหากรณี ผลการดำเนินงานมีความต่างจาก PLANFIN เกินเกณฑ์</p>
สูตรการคำนวณ	<p>ระดับจังหวัด</p> <p>= <u>หน่วยบริการที่มีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์</u> $\times 100$</p> <p>หน่วยบริการทั้งหมด</p> <p>ระดับCUP</p> <p>= หน่วยบริการมีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินการ เบอร์โทรศัพท์/e-mail	<p>นางสุวรรณภา ศรีนาค</p> <p>เบอร์โทรศัพท์ 081-3212736</p> <p>e-mail : uckorat@gmail.com</p>

แผนงานที่ 14 : การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ (1 โครงการ 7 ตัวชี้วัด)

1. โครงการพัฒนางานวิจัย ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์

69. ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์

ตัวชี้วัดที่ 69	ร้อยละจำนวนผลงานวิจัย หรือ งานวิจัยประเภท R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดทุกหน่วยงานผลิตผลงานวิจัยและสามารถนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม	
ความหมาย/คำนิยาม	1. หน่วยงานในสังกัด หมายถึง กลุ่มงานหลักในโรงพยาบาลทั่วไป, กลุ่มงานหลักในโรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2. งานวิจัย หมายถึง องค์ความรู้ที่ผ่านกระบวนการดำเนินการอย่างเป็นระบบ สามารถนำไปใช้ประโยชน์เรียบร้อยแล้ว และได้เผยแพร่ในการประชุมทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ	
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ยังไม่มีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมทุกอำเภอในระดับจังหวัด	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ 1. https://sites.google.com/site/korathealthkm/ 2. การนำผลงานมาร่วมนำเสนอในเวทีวิชาการระดับจังหวัด หรืออื่นๆ 3. การนำผลงานมาตีพิมพ์ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X100 นั่นคือ A=จำนวนงานวิจัยที่ผลิตขึ้นไม่เกิน 1 ปี และถูกนำไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานในสังกัด B=จำนวนหน่วยงานในสังกัด	
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข	
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทร/Email	นายภูวดล พลศรีประดิษฐ์ โทรที่ทำงาน 044 465 010 ต่อ 310 โทรสาร 044 465 250	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 08 3740 5082 E mail : phoo.korathealth@hotmail.com

70. ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี

ตัวชี้วัดที่ 70	ร้อยละของงบประมาณดำเนินการต่อปีที่เกี่ยวกับการวิจัย	
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5	
ความหมาย/คำนิยาม	1. หน่วยงานในสังกัด หมายถึง CUP ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ยังไม่มีฐานข้อมูล	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	CUP ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	แผนงานงบประมาณประจำปีของ CUP ระดับอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X100 นั่นคือ A=จำนวนงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัย B=จำนวนงบดำเนินการต่อปี	
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข	
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทร/Email	นายภูวดล พลศรีประดิษฐ์ โทรที่ทำงาน 044 465 010 ต่อ 310 โทรสาร 044 465 250	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 08 3740 5082 E mail : phoo.korathealth@hotmail.com

71. ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น

ตัวชี้วัดที่ 71	ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 10 ของรายการยากลุ่มเป้าหมายได้รับทะเบียนตำรับและพร้อมจำหน่ายในเชิงพาณิชย์
ความหมาย/คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> ● ยากลุ่มเป้าหมาย/รายการยากลุ่มเป้าหมาย คือ ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า ● ยา/รายการยาตามบัญชีมุ่งเป้า คือ ยาที่มีมูลค่าการผลิตและนำเข้าสูง (เรียงลำดับ) โดยผลรวมมีมูลค่าร้อยละ 50 ของมูลค่าทั้งหมด โดยมี 3 เงื่อนไข คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) ต้องเป็นยาที่มีความจำเป็นทางสาธารณสุข 2) ไม่สามารถผลิตได้เอง หรือผลิตเองน้อย 3) มีความเป็นไปได้ในการผลิตหรือนำเข้าทดแทน
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้บริโภคนยา กองทุนประกันสุขภาพ
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา/สืบค้นจากฐานข้อมูลทะเบียนตำรับยา สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$ <p>A = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบ B = จำนวนยากลุ่มเป้าหมายทั้งหมด</p>
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทร/Email	

72. ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน

ตัวชี้วัดที่ 72	ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 28 (ไม่สะสม)				
ความหมาย/คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์ยา</p> <ul style="list-style-type: none"> ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนยาระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้รับอนุญาตผลิตยาที่มียานวัตกรรมที่อยู่ระหว่างวิจัยพัฒนา (โดยเฉพาะยาที่มีความจำเป็นในระบบสาธารณสุข เป็นภาระค่าใช้จ่ายสูงในระบบสาธารณสุข มีศักยภาพทางการตลาด) เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลผลิตภัณฑ์ที่ครบถ้วนและมีคุณภาพเพียงพอในการขึ้นทะเบียนตำรับยา โดยกระบวนการให้คำปรึกษา 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice ยานวัตกรรม หมายถึง ยาแผนปัจจุบัน (ยาเคมี และ ยาชีววัตถุ) ยาจากสมุนไพรที่วิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย <p>ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์</p> <ul style="list-style-type: none"> ระบบการให้คำปรึกษาการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ระหว่างวิจัย หมายถึง ระบบการให้คำปรึกษา แนะนำให้กับผู้ผลิตเครื่องมือแพทย์ นักวิจัยที่มีเครื่องมือแพทย์นวัตกรรมใหม่ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนา เพื่อสนับสนุนให้มีข้อมูลวิชาการด้านคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยเพียงพอในการขึ้นทะเบียนเครื่องมือแพทย์ ทั้งนี้ รูปแบบการให้คำปรึกษามี 3 รูปแบบ คือ <ol style="list-style-type: none"> 1) Pre-application consultation 2) Prior assessment consultation 3) Scientific advice เครื่องมือแพทย์นวัตกรรม หมายถึง เครื่องมือแพทย์ที่ไม่ใช่เครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (non-IVD) และเครื่องมือแพทย์สำหรับการวินิจฉัยภายนอกร่างกาย (in vitro diagnostic: IVD) ที่อยู่ระหว่างการวิจัยพัฒนาและผลิตในประเทศไทย 				
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	Baseline data	หน่วย	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		วัด	2557	2558	2559
	1. จำนวนรายการยาและเวชภัณฑ์ที่ผ่านระบบการให้คำปรึกษา	รายการ รายการ	-	-	12
2. จำนวนรายการเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านระบบการให้คำปรึกษา		-	-	10	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ผลิตผลิตภัณฑ์ยาและเครื่องมือแพทย์ทั้งประเทศ				
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	1. รายงานจากสำนักยา 2. รายงานจากสำนักงานนําร่องประเมินผลิตภัณฑ์และขึ้นทะเบียนตำรับยาวิจัยและผลิตภัณฑ์สมุนไพร รายงานจากหน่วยให้คำปรึกษาและส่งเสริมนวัตกรรมเครื่องมือแพทย์ รายงานจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				

	A = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาและได้รับการขึ้นทะเบียน B = จำนวนรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา และผ่านการรับคำขอขึ้นทะเบียน
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/Email	

73. จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา
การแพทย์แผนไทย

ตัวชี้วัดที่ 73	จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ความหมาย/คำนิยาม	ตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ หมายถึง ตำรับยาที่ได้รับการคัดเลือกจาก ตำรับยาแผนไทยของชาติ ตำรายาแผน โบราณที่รัฐมนตรีประกาศ ตำรายาเกร็ด/ตำรับยาของชุมชน/แพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้านที่มีประสิทธิภาพ การใช้อย่างกว้างขวาง เกสซ์ตำรับโรงพยาบาลและยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ โดยได้รับการพิจารณา กลั่นกรองตามหลักเกณฑ์ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการแพทย์แผนไทยกำหนด และผ่านความเห็นจาก คณะกรรมการคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย				
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	จำนวนตำรับยาแผน ไทยแห่งชาติ	ตำรับ	-	-	82 (ณ 21 ส.ค. 60)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ตำรับยาแผนไทยของชาติที่รัฐมนตรีประกาศ 2. ตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศ 3. ตำรายาเกร็ด ตำรับยาของชุมชน/แพทย์แผนไทย/หมอพื้นบ้าน 4. บัญชียาจากสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติ 5. ประกาศกระทรวง เรื่อง ยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ พ.ศ. 2556 6. เกสซ์ตำรับโรงพยาบาลจากสมุนไพร กลั่นกรอง คัดเลือกตำรับยาจากประชากรกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนด				
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลตำรับยาจากประชากรกลุ่มเป้าหมาย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A = จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ ที่ได้รับการกลั่นกรองและคัดเลือกตามหลักเกณฑ์ อย่างน้อย 100 ตำรับ/ปี (ปีงบประมาณ 2561-2562)				
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ					
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทร/Email					

74. จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ

ตัวชี้วัดที่ 74	ร้อยละจำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ	
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดทุกหน่วยงานผลิตนวัตกรรมฯ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรม	
ความหมาย/คำนิยาม	<p>1. หน่วยงานในสังกัด หมายถึง กลุ่มงานหลักในโรงพยาบาลทั่วไป, กลุ่มงานหลักในโรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p> <p>2. งานนวัตกรรม หมายถึง ผลงานหรือสิ่งประดิษฐ์ที่มีการคิดค้นหรือจัดทำขึ้นมาใหม่ โดยได้ผ่านการทดสอบว่าสามารถใช้ได้จริง และสามารถนำไปใช้ประโยชน์เรียบร้อยแล้ว รวมทั้งได้เผยแพร่ในเวทีต่างๆ ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ</p>	
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	ยังไม่มีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมทุกอำเภอในระดับจังหวัด	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา	
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	<p>หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่</p> <p>1. https://sites.google.com/site/korathealthkm/</p> <p>2. การนำผลงานมาร่วมนำเสนอในเวทีวิชาการระดับจังหวัด หรืออื่นๆ</p>	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>(A/B)X100 นั่นคือ</p> <p>A=จำนวนนวัตกรรมที่ผลิตขึ้นไม่เกิน 1 ปี และถูกนำไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานในสังกัด</p> <p>B=จำนวนหน่วยงานในสังกัด</p>	
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทร/Email	<p>นายภูวดล พลศรีประดิษฐ์</p> <p>โทรที่ทำงาน 044 465 010 ต่อ 310</p> <p>โทรสาร 044 465 250</p>	<p>ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ</p> <p>โทรศัพท์มือถือ 08 3740 5082</p> <p>E mail : phoo.korathealth@hotmail.com</p>

75. 7) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์
หรือการตลาด

ตัวชี้วัดที่ 74	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด
เกณฑ์เป้าหมาย	10 เรื่อง
ความหมาย/คำนิยาม	งานวิจัยสมุนไพร งานวิจัยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก หมายถึง จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรเดี่ยวและตำรับ การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์ แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปใช้จริงทางการแพทย์และในระบบบริการสาธารณสุข การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์ แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้นทะเบียนได้ และ/หรืออื่นๆ เพื่อส่งเสริม เศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สมุนไพรเดี่ยว สมุนไพรตำรับ องค์ความรู้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกนวัตกรรมและผลิตภัณฑ์ สมุนไพร
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	1. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก 2. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ การสำรวจและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายการวิจัย โดยมีกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็น ศูนย์กลางเชื่อมต่อ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก ที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์ หรือการตลาด 10 เรื่องต่อปี
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	
ผู้ประสานงาน/เบอร์ โทร/Email	

แผนงานที่ 15 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ 1)

1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

76. ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และมีการบังคับใช้

ตัวชี้วัดที่ 76	ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้				
เกณฑ์เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมาย				
	<p>ตัวชี้วัด: ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย 2 ตัว คือ</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 1 ระดับความสำเร็จของกฎหมายที่ได้รับการแก้ไขและพัฒนา เป้าหมายมากกว่า ≥ 4 พิจารณาจากความสำเร็จในการแก้ไขกฎหมายปีงบประมาณแยกเป็น 4 กลุ่มมีเป้าหมายดังนี้</p> <p><u>กลุ่ม 1</u> กฎหมายออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องออกก่อนบัญญัติเร่งด่วนเป้าหมายร้อยละ 100</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>				
	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
	<p><u>กลุ่ม 2</u> กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน เป้าหมาย ร้อยละ 50</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>				
	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
	ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50
	<p><u>กลุ่ม 3</u> กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามเป้าหมาย ร้อยละ 60</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>				
	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60
	<p><u>กลุ่ม 4</u> การแปลกฎหมาย เป้าหมายร้อยละ 100</p> <p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>				
	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3	คะแนน 4	คะแนน 5
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
	<p>ตัวชี้วัดย่อยที่ 2 ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>ทั่วประเทศ/เป้าหมายร้อยละ 90</p> <p>กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 4 องค์ประกอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัดดำเนินการ</p>				
องค์ประกอบ	การดำเนินการ				
1.	ต้องกำหนดการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงให้ความสำคัญเป็นตัวชี้วัดของนิติกรและผู้ปฏิบัติทางด้านกฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและวางแผนการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย 1 ประเด็น ของกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บังคับใช้				
2.	เข้าร่วมการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นในทุกช่องทางร้อยละ 75 ของที่มีการจัด				
3.	ต้องมีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัดทั้งหน่วยงานในกระทรวง				

		<p>สาธารณสุข และหน่วยงานอื่นดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ เครือข่ายได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสาธารณสุข <p>ในจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพเครือข่าย ได้แก่ สถานบริการสุขภาพของเอกชนในจังหวัด สถานีวิทยุ โทรทัศน์หรือผู้ประกอบการสื่อสิ่งพิมพ์ในจังหวัด <p>เจ้าหน้าที่สรรพสามิต</p> <p>พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการในจังหวัด</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดการกับขยะมูลฝอยเครือข่ายได้แก่ สถานพยาบาลรัฐและเอกชนในจังหวัด <p>องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการภายในจังหวัด</p> <p>โดยกิจกรรมที่อาจเป็นการเชิญเข้ามาเป็นเครือข่ายหรือเชิญเข้าประชุมการบังคับใช้กฎหมาย</p> <p>แต่ละเรื่อง หรือสร้างความสัมพันธ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือเข้ามาเป็นวิทยากรในการอบรม</p> <p>ภายในจังหวัดหรือช่วยออกตรวจ หรือขอให้ร่วมประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมาย</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องสร้างเครือข่ายอย่างน้อย 1 เครือข่ายตามประเด็นกฎหมายที่จะบังคับใช้</p>
--	--	--

4.	<p>ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. มีกิจกรรมในเชิงบวกประชาสัมพันธ์และป้องปรามออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง <u>หรือ</u> 2. มีการใช้มาตรการลงโทษร้องทุกข์ดำเนินคดี หรือลงโทษเรื่องที่เกิดขึ้นภายในจังหวัด <p>โดยขอให้รายงานกระทรวงสาธารณสุขทราบพร้อมหลักฐานทุก 6 เดือน</p>
----	--

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
สสจ.ดำเนินการได้ร้อยละ 50	สสจ.ดำเนินการได้ร้อยละ 60	สสจ.ดำเนินการได้ร้อยละ 70	สสจ.ดำเนินการได้ร้อยละ 80	สสจ.ดำเนินการได้ร้อยละ 90
38 แห่ง	46 แห่ง	53 แห่ง	61 แห่ง	68 แห่ง

<p>ความหมาย/คำนิยาม</p>	<p>กฎหมาย หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติและอนุบัญญัติ</p> <p>กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ หมายถึง กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 5 เรื่อง คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 2. กฎหมายให้บริการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 3. กฎหมายช่วยเหลือมารดา ก่อนและหลังคลอด 4. กฎหมายหลักประกันสุขภาพ 5. กฎหมายการแพทย์ปฐมภูมิ <p>กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติที่เร่งด่วน หมายถึง กฎหมายประกาศใช้แล้วและต้องออกอนุบัญญัติโดยด่วนประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. พระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558 2. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 3. พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558 4. พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559
-------------------------	---

	<p>5. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาคาการตั้งครกรกในวัยรุน พ.ศ. 2559</p> <p>6. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558</p> <p>7. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559</p> <p>กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน หมายถึง ร่างกฎหมายที่ร่างแล้วเสร็จออกไปจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่ยังไม่มืผลบังคับใช้เป็นกฎหมาย จำนวน 7 ฉบับ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 3. ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเซลล์บำบัด พ.ศ. 4. ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. 5. ร่างพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 6. ร่างพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 7. ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. <p>กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตาม หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขอื่นที่ไม่ใช่กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนหรือกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน</p> <p>การแก้ไข หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการนิติบัญญัติในการออกกฎหมาย การแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการเปลกฎหมายกรณีกฎหมายที่ออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนต้องมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายลงในราชกิจจานุเบกษา กรณีกฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามให้สิ้นสุดกระบวนการเมื่อรัฐมนตรีลงนามส่งเรื่องไปสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี</p> <p>การเปลกฎหมาย หมายถึง การเปลกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 39 ฉบับที่ตามรายชื่อแนบท้าย Template</p> <p>การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน</p> <p>ในปีงบประมาณ 2560 จะบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญรวม 3 ประเด็น คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ 2. การโฆษณาที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ 3. การจัดการกับขยะมูลฝอย <p>ทั้งนี้ ตามรายชื่อกฎหมายแนบท้าย Template นี้</p>
ผลงานย้อนหลัง 3 ปี	-
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> 1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุข 2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในทุกจังหวัดทั่วประเทศ
แหล่งข้อมูล/ การจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> 1. กองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กรมต่าง ๆ ในราชการบริหารส่วนกลาง 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั่วประเทศ 4. เขตสุขภาพทุกเขต <ol style="list-style-type: none"> 1. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. รายงานการบังคับใช้กฎหมายโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและประเมินโดยกองกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนนปี 2560 <table border="1" data-bbox="435 163 1437 416"> <thead> <tr> <th>กลุ่ม/คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กลุ่ม 1</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> <tr> <td>กลุ่ม 2</td> <td>60</td> <td>65</td> <td>70</td> <td>75</td> <td>80</td> </tr> <tr> <td>กลุ่ม 3</td> <td>40</td> <td>45</td> <td>50</td> <td>55</td> <td>60</td> </tr> <tr> <td>กลุ่ม 4</td> <td>60</td> <td>70</td> <td>80</td> <td>90</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> จำนวนกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบทั้งหมด = (A+B+C+D)/4	กลุ่ม/คะแนน	1	2	3	4	5	กลุ่ม 1	60	70	80	90	100	กลุ่ม 2	60	65	70	75	80	กลุ่ม 3	40	45	50	55	60	กลุ่ม 4	60	70	80	90	100
กลุ่ม/คะแนน	1	2	3	4	5																										
กลุ่ม 1	60	70	80	90	100																										
กลุ่ม 2	60	65	70	75	80																										
กลุ่ม 3	40	45	50	55	60																										
กลุ่ม 4	60	70	80	90	100																										
สูตรคำนวณตัวชี้วัดย่อยที่ 2	จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ตามที่กำหนด = (E/F) x 100 A = คะแนนกลุ่ม 1 B = คะแนนกลุ่ม 2 C = คะแนนกลุ่ม 3 D = คะแนนกลุ่ม 4 E = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ครบองค์ประกอบ F = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด																														
กลุ่มงานที่รับผิดชอบ																															
ผู้ประสานงาน/เบอร์โทร/Email																															

