



กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ปี ๒๕๖๕

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ได้จัดทำคู่มือการจัดทำคำรับรองและประเมินผล การปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕ เนื้อหาประกอบด้วย กรอบตัวชี้วัด แนวทางการประเมินผล และวิธีการ ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผล การปฏิบัติราชการของหน่วยงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี จะใช้คู่มือเป็นแนวทางในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและการประเมินผล การปฏิบัติราชการตามคำรับรองของหน่วยงานท่านให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

ตุลาคม ๒๕๖๔



คำรับรองการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

๑. คำรับรองระหว่าง

นายโชคชัย สาครพานิช

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

ผู้รับคำรับรอง

และ

คณะผู้บริหาร/คปสอ./หัวหน้ากลุ่มงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ผู้ทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองสองฝ่าย เป็นสัญญาร่วมกัน และใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี
เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๕

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แผนปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเครือข่ายบริการ
สุขภาพ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้าหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และ
รายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอยู่ให้เอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายโชคชัย สาครพานิช นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ในฐานะที่เป็นผู้บริหาร และในฐานะผู้กำกับ
ดูแลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ยินดีที่ให้คำแนะนำ กำกับ ดูแล และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของ
คณะผู้บริหาร/คปสอ./หัวหน้ากลุ่มงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ให้เป็นไปตามคำรับรอง
ที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า คณะผู้บริหาร/คปสอ./หัวหน้ากลุ่มงาน ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ได้ทำความเข้าใจ
คำรับรองตาม ข้อ ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการ
ให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชน ตามที่
ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรอง และผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการ และเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือ
ชื่อไว้เป็นสำคัญ

นายโชคชัย สาครพานิช
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

คณะผู้บริหาร/คปสอ./หัวหน้ากลุ่มงาน
ในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

สารบัญ

หน้า

คำรับรองการปฏิบัติราชการ

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

| | | |
|----|---|----|
| ๑ | ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย | ๑ |
| ๒ | ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE | ๕ |
| ๓ | ร้อยละผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน | ๑๐ |
| ๔ | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรต้นแบบสุขภาพดี | ๑๔ |
| ๕ | ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง | ๑๗ |
| ๖ | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและรักษาโรคมะเร็ง | ๒๔ |
| ๗ | ระดับความสำเร็จอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ | ๓๐ |
| ๘ | ระดับความสำเร็จของจังหวัด คปสอ. ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง | ๓๓ |
| ๙ | ระดับความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัวตาย | ๓๗ |
| ๑๐ | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | ๔๑ |
| ๑๑ | ระดับความสำเร็จการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์จังหวัดสิงห์บุรี | ๔๔ |
| ๑๒ | ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุข | ๔๗ |
| ๑๓ | ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) | ๕๐ |
| ๑๔ | ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ๕๔ |
| ๑๕ | ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว | ๕๗ |
| ๑๖ | ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล | ๕๙ |
| ๑๗ | อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดสิงห์บุรี ภาคผนวก | ๖๒ |
| | แบบสรุปผลการปฏิบัติราชการของผู้บริหาร | |

กรอบการประเมินผล
คำรับรองการปฏิบัติราชการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ปี ๒๕๖๕

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๕

| ลำดับ | รายละเอียดตัวชี้วัด | น้ำหนัก (ร้อยละ) | กลุ่มงานรับผิดชอบ |
|-------|---|---------------------|----------------------------|
| ๑ | ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย | ๔.๘ | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพฯ |
| ๒ | ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE | ๔ | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพฯ |
| ๓ | ร้อยละผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการและในชุมชน | ๕.๖ | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพฯ |
| ๔ | ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรต้นแบบสุขภาพดี | ๔ | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพฯ |
| ๕ | ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง | ๘ | กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ |
| ๖ | ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและรักษาโรคมะเร็ง | ๘ | กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ |
| ๗ | ระดับความสำเร็จอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ | ๔ | กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ |
| ๘ | ระดับความสำเร็จของจังหวัด คปสอ. ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง | ๘ | กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ |
| ๙ | ระดับความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัวตาย | ๔.๘ | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพฯ |
| ๑๐ | ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | ๕.๖ | กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ |
| ๑๑ | ระดับความสำเร็จการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์จังหวัดสิงห์บุรี | ๕.๖ | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ |
| ๑๒ | ร้อยละของมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ ๓ | ๔.๘ | กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ |
| ๑๓ | ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happy organization) | ๘ | กลุ่มงานบริหารทรัพยากรฯ |
| ๑๔ | ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA | ๕.๖ | กลุ่มกฎหมาย |
| ๑๕ | ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว | ๕.๖ | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ |
| ๑๖ | ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล | ๕.๖ | กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ |
| ๑๗ | อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดสิงห์บุรี น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕๕ | ๘ | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ |
| | รวม | ๑๐๐ | |

| |
|---|
| แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดแบบผสมผสาน (Hybrid) |
|---|

- ๑. ตัวชี้วัดที่ :** ๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕
- ๑.๑ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๙๐
- ๑.๒ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐
- ๑.๓ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๙๐
- ๑.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔ ร้อยละ ๗๐
- ๒. หน่วยวัด :** ระดับความสำเร็จ
- ๓. น้ำหนัก :** ร้อยละ ๔.๘
- ๔. คำอธิบาย :**
- เด็กอายุ ๐-๕ ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน
- การคัดกรองพัฒนาการเด็ก** หมายถึง จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
- การคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็ก ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติ อย่างชัดเจน)
- พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็ก ในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒
- พัฒนาการล่าช้าหลังได้รับการติดตาม** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็ก ในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ พบว่าพัฒนาการผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ต้องได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔
- พัฒนาการสมวัย** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)
- ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต** หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ ๒ ปี
- มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต** หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ ๖ เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี) ร่วมกับการบูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น พัฒนาการเด็ก สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ อนามัยสิ่งแวดล้อม

๕. สูตรการคำนวณ:

| | |
|--|---|
| รายการ ข้อมูล ๑ | A = เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) |
| รายการ ข้อมูล ๒ | B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน <u>ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับ การตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง</u> ในช่วงเวลาที่กำหนด พบพัฒนาการสมวัยครบ ทั้ง ๕ ด้าน |
| รายการ ข้อมูล ๓ | C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน <u>ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง</u> ในช่วงเวลาที่กำหนด |
| รายการ ข้อมูล ๔ | D = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) |
| รายการ ข้อมูล ๕ | E = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) |
| รายการ ข้อมูล ๖ | F = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการ ตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ |
| รายการ ข้อมูล ๗ | G = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน ติดตามกลับมาประเมิน คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ พบพัฒนาการผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน |
| รายการ ข้อมูล ๘ | H = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน พบพัฒนาการล่าช้าส่งต่อทันที และเด็กติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ พบพัฒนาการผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ต้องได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔I |
| <p>ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย = $\frac{B}{A} \times 100$</p> <p>๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ</p> $= \frac{C}{A} \times 100$ <p>๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า</p> $= \frac{D+E}{B} \times 100$ <p>๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</p> $= \frac{F}{D} \times 100$ <p>๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔I</p> $= \frac{H}{F+G} \times 100$ | |

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

- การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) และ การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน |
|-------|---|
| ๑ | <ul style="list-style-type: none"> - มีการติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านพัฒนาการจากระบบ HDC ย้อนหลัง ๓ ปี - มีการวิเคราะห์สถานการณ์สาเหตุ ปัญหา อุปสรรค พัฒนาการเด็กย้อนหลัง ๓ ปี ภาพรวมอำเภอ - มีแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหาของแต่ละพื้นที่ |
| ๒ | <ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ - มีการเผยแพร่ องค์ความรู้ สื่อ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านช่องทางต่างๆ - มีการใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) |
| ๓ | <ul style="list-style-type: none"> - ครู หมอ พ่อแม่ มีการใช้คู่มือ DSPM ในการเฝ้าระวังและวางแผนแก้ไขปัญหาเด็ก ด้านโภชนาการ ด้านพัฒนาการที่มีปัญหาคือพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า กระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำ ร้อยละ เด็กอายุ ๔๒ และ ๖๐ เดือนพัฒนาการสมวัย > ร้อยละ ๘๕ มีการใช้สมุดคู่มือ DSPM ของผู้ดูแลเด็กร้อยละ ๘๐ ร้อยละเด็กอายุ ๓-๕ ปี มีภาวะสูงตีสมส่วน \geq ร้อยละ ๖๒ - มีการจัดกิจกรรมส่งการบ้านวันวัคซีน ร้อยละเด็กอายุ ๙,๑๘ และ ๓๐ เดือน พัฒนาการสมวัย \geq ร้อยละ ๘๕ และมีการใช้สมุดคู่มือ DSPM ของผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ ๘๐ |
| ๔ | <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๘๕-๙๐ - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๑๕-๒๐ - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๘๕-๙๐ - ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๖๕-๗๐ |
| ๕ | <ul style="list-style-type: none"> - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป - เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป - ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป |

๗. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|--|--------------|-------------------------------|-------|-------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย | ร้อยละ/จำนวน | ๙๒.๖๑ | ๙๐.๔๘ | ๙๐.๕๖ |
| ๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ | | ๙๑.๗๕ | ๙๒.๗๓ | ๙๕.๗๑ |
| ๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า | | ๒๒.๕๑ | ๒๔.๑๐ | ๒๕.๑๔ |
| ๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม | | ๘๘.๔๗ | ๙๓ | ๙๓.๓๕ |
| ๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔ | | ๖๕.๕๒ | ๕๓.๓๓ | ๖๘.๕๗ |

๘. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ ผ่านระบบรายงาน HDC

๒. สถานบริการทุกแห่งรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส เสนอผู้บริหาร

๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์เขียนรายงานรายไตรมาส ส่งศูนย์อนามัย

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางสาวอัญชลี ตริลพ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๑๗๘๐ ๓๔๒๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกาญจนา อยู่ภาค หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๗๘๔๓ ๗๘๓๒

E-mail: u5526002@gmail.com

หน่วยงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดแบบผสมผสาน (Hybrid)

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๒ ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

TO BE NUMBER ONE คือ โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE เป็นโครงการใน ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญาสิริวัฒนาพรรณวดี องค์ประกอบในการดำเนินงานของชมรม TO BE NUMBER ONE ประกอบด้วย ๓ ก ได้แก่

ก ที่ ๑ คณะกรรมการ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างน้อย ๕ คน เพื่อเป็นกรรมการชมรม และจะต้องมีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันในการจัดทำแผนงานโครงการ งบประมาณและกิจกรรมของชมรม อย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี

ก ที่ ๒ กองทุน หมายถึง กรรมการและสมาชิกร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนเพื่อนำเงินรายได้หมุนเวียนใช้จ่ายในชมรม ซึ่งเป็นแนวทางสู่ความยั่งยืนของชมรมรวมถึงทรัพย์สินชมรมด้วย ซึ่งหมายถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งดังต่อไปนี้

๑) เงินซึ่งได้จากการบริจาค การจัดกิจกรรมเพื่อหาทุน หรือได้รับสนับสนุนจากภาครัฐหรือเอกชนต่าง ๆ

๒) ทรัพย์สิน ประเภทไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ เช่น ห้องประกอบชมรมสถานที่ได้รับการอนุญาตให้ใช้ในกิจกรรมของชมรม เป็นต้น ประเภทเคลื่อนย้ายได้ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์

ก ที่ ๓ กิจกรรมชมรม หมายถึง “การทำอะไรก็ได้ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น” เป็นสิ่งที่ชมรมจัดขึ้นเพื่อสมาชิกภายในชมรม หรือมอบหมายสมาชิกเข้าร่วมดำเนินการกับหน่วยงาน/องค์กรภายนอก การนับจำนวนตามเกณฑ์ชี้วัดว่าชมรมดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องให้นับรวมกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกไม่น้อยกว่า ๓ ครั้ง/ปี เป็นกิจกรรม ที่ทำให้สมาชิกใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์เกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นคุณค่าของตนเอง อันเป็นหนทางห่างไกลยาเสพติด รวมทั้งโอกาสและสนับสนุนการคืนคนดีสู่สังคมของสมาชิก การจัดกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกชมรม ดำเนินการตามยุทธศาสตร์หลัก ๓ ยุทธศาสตร์ของโครงการ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างกระแส เช่น การรับสมัครสมาชิก ประชาสัมพันธ์ชมรมจัดกิจกรรม ดนตรี กีฬา ประกวด ตรวจหาสารเสพติด เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญ ร่วมแข่งขันต่างๆ สนับสนุนทุนการศึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ เช่น การจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ การอบรมให้ความรู้ การทำบุญ การจัดกิจกรรมใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ฝึกอาชีพเพื่อหารายได้

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างและพัฒนา เช่น สนับสนุนวิทยากร เงิน อุปกรณ์แก่ชุมชนและสถานศึกษา เป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาในการจัดตั้งชมรม เปิดโอกาสให้ผู้ผ่านการบำบัดเข้าทำงานได้ ฯลฯ

๕. สูตรการคำนวณ:

| | |
|----------------|---|
| รายการข้อมูล ๑ | A = จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE ปี ๒๕๖๔ |
| รายการข้อมูล ๒ | B = จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE รายใหม่ |
| รายการข้อมูล ๓ | C = จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE (ที่ถูกตรวจพบว่าใช้สารเสพติด) |
| รายการข้อมูล ๔ | D = จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE (ที่ถูกตรวจพบว่าใช้สารเสพติด) รวมโครงการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิกใคร่ตติยายกมือขึ้น |

| | |
|---|---------------|
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | |
| ๑.การรับสมัครสมาชิก TO BE NUMBER ONE | = (B/A) x ๑๐๐ |
| ๒.จำนวนสมาชิก TO BE NUMBER ONE (ที่ถูกตรวจพบว่าใช้สารเสพติด) ร่วมโครงการการบำบัดรักษา และฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิกใครติดยาขมมือขึ้น | = (D/C) x ๑๐๐ |

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน |
|-------|--|
| ๑ | <ul style="list-style-type: none"> - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ - มีการประชุมคณะกรรมการฯ และมีแผนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน (๓ ก ๓ ย) - มีดำเนินการสร้างแกนนำ TO BE NUMBER ONE ในทุกประเภทชมรม ได้แก่ สถานศึกษา ชุมชน สถานประกอบการ (อย่างน้อยประเภทละ ๑ ชมรม) |
| ๒ | <ul style="list-style-type: none"> - มีการรับสมัครสมาชิก TO BE NUMBER ONE และสมาชิกเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐ - มีฐานข้อมูลสมาชิก ที่ชัดเจน เป็นปัจจุบัน และตรวจสอบได้ - สนับสนุนสมาชิก และชมรม TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ในระดับจังหวัดทุกกิจกรรม ในทุกประเภทชมรม ได้แก่ สถานศึกษา ชุมชน สถานประกอบการ (อย่างน้อยประเภทละ ๑ ชมรม) |
| ๓ | <ul style="list-style-type: none"> - มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ - สนับสนุนสมาชิก และชมรม TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ในระดับภาค |
| ๔ | <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิก TO BE NUMBER ONE (ที่ถูกตรวจพบว่าใช้สารเสพติด) ร่วมโครงการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิกใครติดยาขมมือขึ้น ร้อยละ ๗๐ - มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE ในงานมหกรรมประเทศ |
| ๕ | <ul style="list-style-type: none"> - สมาชิก TO BE NUMBER ONE (ที่ถูกตรวจพบว่าใช้สารเสพติด) ร่วมโครงการการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิกใครติดยาขมมือขึ้น ร้อยละ ๙๐ - ประชุมคณะกรรมการเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE - ชมรม TO BE NUMBER ONE ได้รางวัลระดับประเทศ (อย่างน้อย ๑ ชมรม) <p>หมายเหตุ : ไม่รวมชมรมที่ได้เข้าระดับประเทศแล้ว</p> |

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

๗.๒ การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| รอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|---------------|----------------|---------|---------|---------|---------|
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| รอบ ๖ เดือน | ระดับ ๑ | | ระดับ ๒ | | ระดับ ๓ |
| รอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| รอบ ๑๒ เดือน | ระดับ ๑ | ระดับ ๒ | ระดับ ๓ | ระดับ ๔ | ระดับ ๕ |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ | |
|-------|--|---|-----------------|-----------------|
| | | | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
| ๑ | ๑.แต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ ๒.ประชุมคณะกรรมการฯและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน (๓ ก ๓ ย) ๓.มีแผนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ | คำสั่ง รายงานการประชุม / แผนการดำเนินงาน | เท่ากับ ๑ คะแนน | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๒ | ๑.มีสมาชิกเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐ ๒.สมาชิก และชมรม TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ในระดับจังหวัดทุกกิจกรรมในทุกประเภทชมรม ได้แก่ สถานศึกษา ชุมชน สถานประกอบการ (อย่างน้อยประเภทละ ๑ ชมรม) | ฐานข้อมูลสมาชิก/สรุปรายการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม | เท่ากับ ๓ คะแนน | เท่ากับ ๒ คะแนน |
| ๓ | ๑.ดำเนินการสร้างแกนนำ TO BE NUMBER ONE ๒.มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ ๓.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในชุมชน สถานศึกษา สถานประกอบการ | สรุปรายการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม | เท่ากับ ๕ คะแนน | เท่ากับ ๓ คะแนน |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบารประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ | |
|-------|--|---|----------------|-----------------|
| | | | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
| ๔ | <p>๑. มีการดำเนินการโครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิกโครตติดยายกมือขึ้น และมีสมาชิก TO BE NUMBER ONE (ที่ถูกตรวจพบว่าใช้สารเสพติด) ร่วมโครงการ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิกโครตติดยายกมือขึ้น ร้อยละ ๗๐</p> <p>๒. สนับสนุนสมาชิก และชมรม TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ในระดับภาค</p> | <p>สรุปการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม/จำนวนผู้เข้าร่วมโครงการโครตติดยายกมือขึ้น</p> | | เท่ากับ ๔ คะแนน |
| ๕ | <p>๑. มีการดำเนินการโครงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิกโครตติดยายกมือขึ้น และมีสมาชิก TO BE NUMBER ONE (ที่ถูกตรวจพบว่าใช้สารเสพติด) ร่วมโครงการ การบำบัดรักษาและฟื้นฟูจิตใจเยาวชนสมาชิกโครตติดยายกมือขึ้น ร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE ในระดับประเทศ</p> <p>๓. ประชุมคณะกรรมการเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE</p> | <p>สรุปการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม/รายงานการประชุม</p> | | เท่ากับ ๕ คะแนน |

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|-------------------------------|---|---------------------|------------------------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE (KPI) | ชมรมที่เข้าร่วมประกวดระดับภาค | ชมรมในสถานศึกษา | ชมรมในสถานศึกษา | อำเภอ TO BE NUMBER ONE |
| | | ชมรมในชุมชน | ชมรมในชุมชน | ชมรมในชุมชน |
| | | ชมรมในสถานประกอบการ | ชมรมในสถานประกอบการ | ชมรมในเรือนจำ |
| | | ชมรมในเรือนจำ | ชมรมในเรือนจำ | |

๙.แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูล : แบบรายงาน / ระบบฐานข้อมูลสมาชิก

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: แบบรายงานการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE
จังหวัดสิงห์บุรี

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวอัญชลี ตรีลพ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๑๗๘๐ ๓๔๒๖
ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวภาณุมาศ เรือนหลวง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๒๖๖๙ ๑๙๒๒
หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด

๑. ตัวชี้วัดที่: ๓ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ได้รับการดูแลทั้งในสถานบริการ และในชุมชน

๒. หน่วยวัด: ร้อยละ

๓. น้ำหนัก: ร้อยละ ๕.๖

๔. คำอธิบาย:

ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq ๑๒ คะแนน ทั้งเพศชายและเพศหญิง
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดี ต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย

๑. มีกิจกรรมทางกายที่ระดับปานกลาง (เดิน/ปั่นจักรยาน/ทำงานบ้าน/ทำไร่/ทำสวน/ทำนา/ ออกกำลังกาย) สม่ำเสมอ ๑๕๐ นาที/สัปดาห์

๒. กินผักและผลไม้ได้วันละ ๕ กำมือ เป็นประจำ (๖ – ๗ วันต่อสัปดาห์)

๓. ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว

๔. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบบุหรี่

๕. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาโด่งเหล้า)

๖. มีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย (เมื่อไม่เจ็บป่วยมีการดูแลตนเอง, เมื่อมีโรคประจำตัวมีการรับประทานยาต่อเนื่อง)

๗. มีการนอนหลับอย่างเพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๗ – ๘ ชั่วโมง

๘. ด้านทันตกรรม/การดูแลสุขภาพช่องปาก

หมายเหตุ:

๑. ผ่านการประเมินทั้ง ๕ ข้อ ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๒. กิจกรรมทางกายคือการเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อและทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทาง เดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว (ที่มา: แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๓)

๓. กินผักและผลไม้ได้วันละ ๕ กำมือ เป็นประจำ (๖ – ๗ วันต่อสัปดาห์)

๔. อ้างอิงดัชนีที่ ๘ ตามแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๔๕ – ๒๕๖๕) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ ๒ พ.ศ.๒๕๖๑

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

๒. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น

๓. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม

๔. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน

๕. เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ยาวนาน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มี ADL \geq ๑๒ คะแนน ร้อยละ ๑๐ ของประชากรสูงอายุทั้งหมดในพื้นที่

๕. สูตรการคำนวณ:

| | |
|---|--|
| รายการข้อมูล ๑ | A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่คัดกรองด้วย Blue Book |
| รายการข้อมูล ๒ | B = จำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ |
| รายการข้อมูล ๓ | C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ |
| รายการข้อมูล ๔ | D = จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์ |
| รายการข้อมูล ๕ | E = จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | |
| ๑. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพด้วย Blue Book | = $(A/B) \times ๑๐๐$ |
| ๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ | = $(C/A) \times ๑๐๐$ |
| ๓. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | = $(E/D) \times ๑๐๐$ |

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาระดับคะแนนตามเกณฑ์การให้คะแนน โดยใช้

$$\text{คะแนน} = (\text{คะแนนข้อมูล ๑} + \text{คะแนนข้อมูล ๒} + \text{คะแนนข้อมูล ๓}) / ๓$$

กล่าวคือ ข้อมูล ๑. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพด้วย Blue Book
ข้อมูล ๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์)
ข้อมูล ๓. ผู้สูงอายุที่พฤติกรรมยังไม่เหมาะสมที่เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังนี้

| ระดับ คะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน | | |
|----------------|--|---|---|
| | ๑. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพด้วย Blue Book | ๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ | ๓. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ |
| ๑ | ร้อยละ ๖๐ - ๖๔.๙๙ | ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป | ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป |
| ๒ | ร้อยละ ๖๕.- ๖๙.๙๙ | ร้อยละ ๓๕ ขึ้นไป | ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป |
| ๓ | ร้อยละ ๗๐ - ๗๔.๙๙ | ร้อยละ ๔๐ ขึ้นไป | ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป |
| ๔ | ร้อยละ ๗๕ - ๗๙.๙๙ | ร้อยละ ๔๕ ขึ้นไป | ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป |
| ๕ | ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป | ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป | ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป |

| หน่วยวัด | คะแนนตามระดับคะแนนค่าเป้าหมาย | | | | |
|----------|-------------------------------|---|---|---|---|
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับ | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| คะแนน | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |

๗. แนวทางการประเมินผล: ประเมินจาก

๗.๑ คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Blue Book กรมอนามัย และ

๗.๒ เอกสารการสำรวจข้อมูลการนำผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

๗.๓ แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๓.๑ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

๗.๓.๒ การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| รอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|---------------|----------------|---------|---------|---------|---------|
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| รอบ ๖ เดือน | ระดับ ๑ | ระดับ ๒ | ระดับ ๓ | ระดับ ๔ | ระดับ ๕ |
| รอบ ๑๒ เดือน | ระดับ ๑ | ระดับ ๒ | ระดับ ๓ | ระดับ ๔ | ระดับ ๕ |

เกณฑ์การประเมิน (small success) ปี ๒๕๖๕

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|--|--|--|--|
| ๑. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพด้วย Blue Book ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป | ๑. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพด้วย Blue Book ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป | ๑. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพด้วย Blue Book ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป | ๑. ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพด้วย Blue Book ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป |
| ๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป | ๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๓๐ ขึ้นไป | ๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๔๐ ขึ้นไป | ๒. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป |
| ๓. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป | ๓. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป | ๓. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป | ๓. ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป |

เอกสารประกอบการประเมิน

๑. จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่

๒. จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ (Blue Book Application กรมอนามัย) ที่ศิษย์ข้อมูลไว้

๓. จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (จาก Application Health For You (H&U) ที่ศิษย์ข้อมูลไว้

๔. จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

เกณฑ์เป้าหมาย : ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ

| เป้าหมาย | หน่วยนับ | ปี ๒๕๖๔ | ปี ๒๕๖๕ | ปี ๒๕๖๖ |
|---|----------|---------|---------|---------|
| ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ | ร้อยละ | ๕๐ | ๕๐ | ๕๒ |

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | | |
|---|----------|-------------------------------|------|-------|-------|
| | | ๒๕๖๑ | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ | ร้อยละ | NA | NA | ๓๐.๔๐ | ๑๔.๓๗ |

๙. แหล่งข้อมูล

๑. คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Blue Book กรมอนามัย และ

๒. เอกสารการสำรวจข้อมูลการนำผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่พึงประสงค์เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. หน่วยบริการสาธารณสุข โหลด Application Blue Book กรมอนามัย นำเข้าข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ แล้วจึงสืบข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์ อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ดึงข้อมูลหน่วยบริการด้วย Password ของจังหวัดแล้ววิเคราะห์การดำเนินงานในรอบเดือนแจ้งให้หน่วยบริการในพื้นที่ทราบผ่าน Line กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อร่วมพัฒนาการดำเนินงานร่วมกัน

๓. หน่วยบริการนำข้อมูลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี Wellness Care Plan

๔. ทำเอกสารการสำรวจข้อมูลการนำผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่พึงประสงค์เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๕. รายงานข้อมูลทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่าน คปสอ.ตามรอบการรายงาน ๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน

๖. คปสอ. รายงานตามระบบเข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามรอบการรายงานฯ

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางสาวอัญชลี ตรีลพ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๑๗๘๐ ๓๔๒๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสมพล พวงจันทร์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๓๒๕ ๓๓๔๒

หน่วยงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด

| |
|--|
| แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดแบบผสมผสาน (Hybrid) |
|--|

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๔ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรต้นแบบสุขภาพดี

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

องค์กร หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขในจังหวัดสิงห์บุรีและหน่วยงานในสังกัด ประกอบด้วยโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี หมายถึง ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้าง อายุ ๑๘ – ๕๙ ปี ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูงโดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง ๑๘.๕-๒๒.๙ กก./ตรม.นอกระยะ)

ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ หมายถึง ค่าความดันโลหิต SBP มีค่า < ๑๓๐ mmhg หรือ dbp มีค่า < ๘๕ mmhg

องค์กรต้นแบบสุขภาพดีสุขภาพ หมายถึง องค์กรที่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพให้ กลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มวัยทำงาน ๑๘ – ๕๙ ปี) มีระดับความสามารถในการแสดงออก ในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพด้านกาย และจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานสุขภาพศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่มีคุณภาพ

องค์กรต้นแบบสุขภาพดีสุขภาพ ประกอบด้วย

๑. องค์กรที่มีการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคเบาหวาน ความดัน เน้น พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๓๐, ๓๕. ในกลุ่มประชาชนอายุ ๑๘ - ๕๙ ปี

๒. เจ้าหน้าที่กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มวัยทำงาน ๑๘ - ๕๙ ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ระดับดีขึ้น (เป้าหมายร้อยละ ๖๕)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ควรกระทำ และควรหลีกเลี่ยง ดังนี้

- กลุ่มประชาชนอายุ ๑๘ - ๕๙ ปีขึ้นไป

พฤติกรรมป้องกันการโรคไม่ติดต่อ ตามแนวทาง ๓๐, ๓๕.

๑. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กินผักหลากสีครึ่งกิโลกรัมต่อวัน และผลไม้สดที่ไม่มีน้ำตาลสูง (๓-๕ ส่วนต่อวัน) และลดการกินอาหารหวาน มัน เค็ม (๖:๖:๑)

๒. พฤติกรรมออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วันๆละ อย่างน้อย ๓๐ นาที หรือรวมแล้วไม่น้อยกว่า ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์

๓. พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ พักผ่อนให้เพียงพอ และรู้จักคลายเครียด

๔. พฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่/ไม่ลองสูบบุหรี่/ยาสูบ หรือเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ

๕. พฤติกรรมการไม่ดื่ม/ไม่ลองดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเลิกดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๖. ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (ใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ) พฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อ (สวมหน้ากาก อยู่ห่าง ล้างมือ)

๕. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

๑. บันทึกข้อมูลผ่านแอปพลิเคชัน “ก้าวทำใจ ๓” โดยสถานบริการทุกแห่งรวบรวมข้อมูลเป็นราย คปสอ. วิเคราะห์เขียนรายงานทุกเดือนเสนอผู้บริหาร

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์เขียนรายงานรายเดือนส่งผู้บริหาร
แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกองสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย
- แบบการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน

๖. สูตรการคำนวณ:

๑. ร้อยละเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ

$$= \frac{A}{B} \times 100$$

๒. อัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่

$$= \frac{D}{C} \times 100$$

| | |
|--------------------|---|
| รายการ ข้อมูล ๑ | A = จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ |
| รายการ ข้อมูล ๒ | B = จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีที่ซึ่งนำหนักวัดส่วนสูงทุกคนในช่วงเวลาที่กำหนด |
| รายการ ข้อมูล ๓ | C = จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีไม่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง |
| รายการ ข้อมูล ๔ | D = จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ |

๗. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน |
|-------|--|
| ๑ | - วิเคราะห์ปัจจัย ๓๐ ๓ส ที่ส่งผลให้ดัชนีมวลกายเกินและเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง - มีแผนงาน/โครงการแก้ไขปัญหา |
| ๒ | - มีการขับเคลื่อนกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ - มีการสมัครลงทะเบียนก้าวทำใจ ๓ ร้อยละ ๗๐ |
| ๓ | - เกิดปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ / กำหนดมาตรการทางสังคมและข้อตกลงร่วม เพื่อการปฏิบัติ |
| ๔ | เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๕๑ อัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ ไม่เกินร้อยละ ๓.๕ |
| ๕ | เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีมีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๕๓ อัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง ร้อยละ ไม่เกินร้อยละ ๓ |

๘. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้
 การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---|---------|---|---------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับ ๑ | - | ระดับ ๒ | - | ระดับ ๓ |

การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---------|---------|---------|---------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับ ๑ | ระดับ ๒ | ระดับ ๓ | ระดับ ๔ | ระดับ ๕ |

เกณฑ์การประเมิน (Small Success)

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|---|--|---|---|
| ๑.มีแผนปฏิบัติการ/ แผนดำเนินงาน ที่ สอดคล้องกับ สถานการณ์ปัญหา ในพื้นที่และมีระบบ ประเมินผลและ วิเคราะห์เพื่อกำหนด มาตรการ | - มีการขับเคลื่อน กิจกรรมตาม แผนงาน/โครงการ โดย มีการจัด กิจกรรมโปรแกรม สุขภาพ หรือการให้ คำปรึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เรื่อง ๓๐ ๓ส | -จัดปัจจัยที่เอื้อต่อการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ กำหนดมาตรการ ทางสังคมและข้อตกลงร่วม เพื่อการปฏิบัติ - เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีมี ค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๕๑ - กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความ ดันโลหิตสูง ได้รับการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม หลัก ๓๐ ๓ส ร้อยละ ๗๐ | - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรีมีค่าดัชนี มวลกายปกติ ร้อยละ ๕๓ - กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง ได้รับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตามหลัก ๓๐ ๓ส ร้อยละ ๘๐ - อัตราอุบัติการณ์โรคความ ดันโลหิตสูงรายใหม่ไม่เกิน ร้อยละ ๓ |

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|--|----------|-------------------------------|------|---------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน องค์กรต้นแบบสุขภาพดี | ระดับ | N/A | N/A | ระดับ ๓ |

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางสาวอัญชลี ตริลพ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๘๐ ๓๔๒๖
 ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกาญจนา อยู่ภาค หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๗๘๔๓ ๔๘๒๒
 หน่วยงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดแบบผสมผสาน (Hybrid)

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๕ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๘

๔. คำอธิบาย :

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การปฏิบัติ โดยการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบ สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตได้ดี รวมทั้งได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยงที่พบเพื่อลดการป่วยและอาการแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดสิงห์บุรี เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ

ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

๑.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ ๒ วิธี ดังนี้

(๑) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl

(๒) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 110 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl

๑.๒ การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๙๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน

ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๑. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ

๒. การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน ๙๐ วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับ น้ำตาลในเลือด HbA_{1c} ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๘ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

*หมายเหตุ : รหัส ICD ๑๐ ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่

๑.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจขาดเลือด I๒๐-I๒๕

๒.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจล้มเหลว I๕๐

๓.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหลอดเลือดสมอง I๖๐-I๖๙

๔.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔-๕

N๑๘.๔-N๑๘.๕

๕.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑

ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกรวบรวมด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐-E๑๔ และ Type area = ๑ และ ๓

ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดี หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย(SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I๑๐-I๑๕ และ Type area = ๑ และ ๓

ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อ การเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า

ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk \geq ๒๐% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้าที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk \geq ๒๐% รายละเอียดดังเอกสารแนบท้าย

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

๕.๑ ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน \geq ร้อยละ ๙๐

๕.๒ ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ ๙๐

๕.๓ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน \geq ร้อยละ ๘๐

๕.๔ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ ๘๐

๕.๕ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี \geq ร้อยละ ๔๐

๕.๖ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี \geq ร้อยละ ๖๐

๕.๗ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ ๙๐

๖. วัตถุประสงค์ :

๖.๑ เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงรายใหม่

๖.๒ เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน

๖.๓ เพื่อยืนยันว่ากลุ่มเสี่ยงป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

๖.๔ เพื่อลดการป่วยและอาการแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดสิงห์บุรี เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน

๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC)

๘. แหล่งข้อมูล : HDC และรายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากระบบรายงาน ๔๓ เพิ่ม

๙. สูตรการคำนวณ:

๙.๑ ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน สูตรคำนวณ (A๑/B๑) x๑๐๐

A๑ = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานในปีงบประมาณ

B๑ = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน

๙.๒ ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง สูตรคำนวณ (A๒/B๒) x๑๐๐

A๒ = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ

B๒ = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

๙.๓ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน สูตรคำนวณ (A๓/B๓) x๑๐๐

A๓ : จำนวนประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๙๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน

B๓ : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน

๙.๔ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง สูตรคำนวณ (A๔/B๔) x๑๐๐

A๔ : จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน ๙๐ วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน ๙๐ วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

B๔ : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง และเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๙.๕ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี สูตรคำนวณ ($A๕/B๕$) $\times ๑๐๐$

$A๕$ = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

$B๕$ = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

๙.๖ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี สูตรคำนวณ ($A๖/B๖$) $\times ๑๐๐$

$A๖$ = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด

$B๖$ = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

๙.๗ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สูตรคำนวณ ($A๗/B๗$) $\times ๑๐๐$

$A๗$ = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($E๑๐-E๑๔$) ความดันโลหิตสูง ($I๑๐-I๑๕$) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า

$B๗$ = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ($E๑๐-E๑๔$) ความดันโลหิตสูง ($I๑๐-I๑๕$) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

| ขั้นตอนการดำเนินงาน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|---------------------|------------------------------------|
| ๑ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๒ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๓ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๔ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๕ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน
 ดังนี้ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ระดับ | การดำเนินงาน |
|-------|--|
| ๑ | - มีการประชุมในรูปแบบคณะกรรมการ และมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ |
| ๒ | - มีแผนปฏิบัติการและการประเมินผลการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๕ |
| ๓ | - ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน \geq ร้อยละ ๔๐ - ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ ๔๐ - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเบาหวาน \geq ร้อยละ ๒๐ - ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ ๔๐ |

| | |
|---|--|
| | <p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี \geq ร้อยละ ๓๕</p> <p>-ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี \geq ร้อยละ ๕๐</p> <p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ ๘๐</p> |
| ๕ | <p>-ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน \geq ร้อยละ ๙๐</p> <p>-ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ ๙๐</p> <p>-ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน \geq ร้อยละ ๘๐</p> <p>-ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง \geq ร้อยละ ๘๐</p> <p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี \geq ร้อยละ ๔๐</p> <p>-ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี \geq ร้อยละ ๖๐</p> <p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม \geq ร้อยละ ๙๐</p> |

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

| Baseline data | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|------------------------------------|-------|-------|
| | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ๑. ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน | ๙๐.๔๖ | ๙๐.๖๒ | ๙๒.๒๙ |
| ๒. ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองและวินิจฉัยความดันโลหิตสูง | ๙๒.๐๑ | ๙๑.๗๓ | ๙๓.๑๓ |
| ๓. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน | N/A | ๖๖.๗๑ | ๗๕.๑๑ |
| ๔. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง | N/A | ๘๓.๐๕ | ๘๓.๔๗ |
| ๕. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี | ๓๔.๑๑ | ๓๕.๓๔ | ๓๗.๕๒ |
| ๖. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี | ๔๑.๓๗ | ๔๐.๒๘ | ๕๑.๐๕ |
| ๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | ๘๘.๑๙ | ๗๗.๕๒ | ๙๐.๔๗ |

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายก่อศักดิ์ จันทร์วิจิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๕๐ ๔๘๔๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวันเฉลิม สมัครวงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๘๑๒ ๘๗๐๑

หน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

เอกสารประกอบตัวชี้วัด

| เป้าหมายผลลัพธ์การบริการและการจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด | | | | | |
|---|---|---------|-----------------------|--|----|
| Metabolic risk factors | | | Behavior risk factors | | |
| เป้าหมาย | DM | HT | เป้าหมาย | DM | HT |
| ความดันโลหิต systolic (มม.ปรอท) | น้อยกว่า 140 | | การสูบบุหรี่ | งดสูบบุหรี่ | |
| ความดันโลหิต diastolic (มม.ปรอท) | น้อยกว่า 90 | | น้ำหนักและรอบเอว | BMI 18.5 – 22.9 กก./m ² หรือใกล้เคียง รอบเอว ผู้หญิง ไม่เกิน 80 ซม. หรือ 32 นิ้ว -ชาย ไม่เกิน 90 ซม.หรือ 36 นิ้ว | |
| FCG/FPG | - 70 – 110 (เข้มงวดมาก) | 70 – 99 | ออกกำลังกาย | หนักระดับปานกลาง 30 นาทีต่อครั้ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์ | |
| ตามระดับความควบคุม (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) | -90 – <130 (เข้มงวด) | | การบริโภคอาหาร | ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้ | |
| ไขมันในเลือด | - <150 (ไม่เข้มงวด) | | แอลกอฮอล์ | หยุดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรายที่หยุดดื่มไม่ได้ แนะนำให้ลดการดื่มลง (ผู้ชาย ≤ 2 หน่วยมาตรฐาน ; ผู้หญิง ≤ 1 หน่วยมาตรฐาน) | |
| คอเลสเตอรอลรวม (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) | -กลุ่มเสี่ยงปานกลาง Risk<20% ไม่ควรเกิน 260 -กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ไม่ควรเกิน 200 | | | | |
| LDL คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) | -กลุ่มเสี่ยงปานกลาง Risk<20% ไม่ควรเกิน 160 -กลุ่มเสี่ยงสูง Risk 20–<30% ไม่ควรเกิน 100 -กลุ่มเสี่ยงสูงมาก Risk≥30% ไม่ควรเกิน 70 | | | | |
| HDL คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) | ควรสูงกว่า 50 ในผู้หญิง ควรสูงกว่า 40 ในผู้ชาย | | | | |
| ไตรกลีเซอไรด์ | ไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร | | | | |

แนวทางการจัดบริการลดปัจจัยเสี่ยงหลังการประเมิน CVD Risk ในคลินิกบริการ

ชุดบริการ

ประเมิน CVD Risk -ข้อมูล ดังนี้

1. ชี้อายุ
2. เพศ
3. การสูบบุหรี่
4. การป่วยเป็นโรคเบาหวาน
5. ระดับความดันโลหิต
6. ค่าไขมันในเลือด(Cholesterol)
7. รอบเอว
8. ส่วนสูง(เซนติเมตร)

ระดับความเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงปานกลาง

<20%

กลุ่มเสี่ยงสูง

20%–30%

กลุ่มเสี่ยงสูงมาก

≥30%

การจัดการบริการตามระดับความเสี่ยง

- ให้ผู้ศึกษาตามปัจจัยเสี่ยงรายกลุ่มหรือรายบุคคลตามศักยภาพของสถานบริการ
- ติดตามรายปัจจัยเสี่ยงทุก 6 เดือน
- ติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำ ภายใน 1 ปี

- ให้ผู้ศึกษาตามปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล
- ติดตามรายปัจจัยเสี่ยงทุก 3 เดือน
- ติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำ ภายใน 6 เดือน
- รับคำปรึกษาในการลดน้ำหนัก ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- ให้ผู้ศึกษาตามปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลอย่างเข้มข้นและรีบด่วน
- ภายใน 1 เดือน
- ติดตามรายปัจจัยเสี่ยงทุก 1 เดือน
- ติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำ ภายใน 3 เดือน
- ส่งต่อเข้ารับบริการเฉพาะตามปัจจัยเสี่ยง เช่น คลินิกอดบุหรี่ คลินิกอดเหล้า คลินิกDPAC

| |
|--|
| แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดแบบผสมผสาน (Hybrid) |
|--|

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๒ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและรักษาโรคมะเร็ง

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๘

๔. คำอธิบาย :

กลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม คือ สตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี

การดำเนินงานเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม หมายถึง การเฝ้าระวังและป้องกัน โรคมะเร็งเต้านม โดยการคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก โดยการให้สตรีเป้าหมายในเขตรับผิดชอบได้รับความรู้และตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยรูปแบบการให้บริการ การรณรงค์ รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การส่งต่อสตรีที่ตรวจเต้านมพบความผิดปกติเข้ารับการวินิจฉัยโรค และการให้บริการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน

กลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังโรคมะเร็งปากมดลูก คือ สตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี

การเฝ้าระวังโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ด้วยวิธี HPV DNA Test โดยเจ้าหน้าที่จะทำการเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกด้วยอุปกรณ์เฉพาะจากนั้นใส่ลงขวดน้ำยา แล้วรวบรวมตัวอย่างส่งให้โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่มีเครื่องมือทดสอบผลทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน

กลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือ ประชาชน อายุ ๕๐-๗๐ ปี

การเฝ้าระวังโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง โดยการคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรกด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) โดยการเก็บอุจจาระ ทำการย้อมสีและอ่านผลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน

มะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับและท่อน้ำดี (C๒๒,C๒๔) มะเร็งหลอดคอ หลอดลมใหญ่และปอด (C๓๓,C๓๔) มะเร็งเต้านม (C๕๐) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘ - C๒๑) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓)

ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (๒๘ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัยทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น

- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกราชงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ไต่ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัด หรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษารังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษารังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้นโยบายวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๒.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษารังสีรักษาด้วยการผ่าตัด

หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ๕ โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

๕.๑ ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

๕.๒ ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐ (ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะสมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ต่อปี)

๕.๓ ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๕.๔ ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา เท่ากับร้อยละ ๑๐๐

๕.๕ ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕

- ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕

- ผู้ป่วยได้รับการรักษารังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๖. วัตถุประสงค์ :

๖.๑ เพื่อคัดกรองโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๖.๒ ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา

๖.๓ ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๗.๑ บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC)

๗.๒ บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics) ของโรงพยาบาล

๘. แหล่งข้อมูล :

๘.๑ ระบบ Health Data Center (HDC)

๘.๒ Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics) ของโรงพยาบาล

๘.๓ แบบเก็บข้อมูลของโรงพยาบาลทั่วไป

๙. สูตรการคำนวณ:

๙.๑ ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

สูตรคำนวณ (A๑/B๑) x ๑๐๐

A๑ = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

B๑ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

๙.๒ ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สูตรคำนวณ (A๒/B๒) x ๑๐๐

A๒ = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

B๒ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

๙.๓ ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

สูตรคำนวณ (A๓/B๓) x ๑๐๐

A๓ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test

B๓ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

๙.๔ ร้อยละของประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา

สูตรคำนวณ (A๔/B๔) x ๑๐๐

A๔ = จำนวนประชากรคัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติที่ได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา

B๔ = จำนวนประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบผิดปกติทั้งหมด

๙.๕ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด

๙.๕.๑ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์

สูตรคำนวณ (A_(s) / B_(s)) X ๑๐๐

A_(s) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ ๔ สัปดาห์
นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

B_(s) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

๙.๕.๒ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

สูตรคำนวณ (A_(c) / B_(c)) X ๑๐๐

A_(c) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด
≤ ๖ สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

B_(c) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

๙.๕.๓ ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

สูตรคำนวณ (A_(r) / B_(r)) X ๑๐๐

A_(r) = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา
≤ ๖ สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

B_(r) = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

| ขั้นตอนการดำเนินงาน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|---------------------|------------------------------------|
| ๑ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๒ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๓ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๔ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๕ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน
 ดังนี้ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ระดับ | การดำเนินงาน |
|-------|---|
| ๑ | - มีการประชุมในรูปแบบคณะกรรมการ และมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ |
| ๒ | - มีแผนปฏิบัติการและการประเมินผลการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง ปี ๒๕๖๕ - มีแผนการส่งต่อผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการคัดกรองมะเร็งเพื่อรักษาตามมาตรฐาน |
| ๓ | - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๔ - ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ - ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐ - ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ๑) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๐ ๒) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๐ ๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๔๐ |
| ๔ | - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕ - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๗ - ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕ - ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐ - ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด ๑) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๕ ๒) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๕ ๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๐ |

| | |
|---|---|
| ๕ | <ul style="list-style-type: none"> - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓๐ - ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐ - ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐ - ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> ๑) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕ ๒) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕ ๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๐ |
|---|---|

การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| ระดับ | การดำเนินงาน |
|-------|---|
| ๑ | <ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมในรูปแบบคณะกรรมการ และมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ |
| ๒ | <ul style="list-style-type: none"> - มีแผนปฏิบัติการและการประเมินผลการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง ปี ๒๕๖๕ - มีแผนการส่งต่อผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการคัดกรองมะเร็งเพื่อรักษาตามมาตรฐาน |
| ๓ | <ul style="list-style-type: none"> - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐ - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓๐ - ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ - ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐ - ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> ๑) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๐ ๒) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๐ ๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๔๐ |
| ๔ | <ul style="list-style-type: none"> - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐ - ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓๕ - ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ - ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐ - ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด <ul style="list-style-type: none"> ๑) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๕ ๒) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๕ ๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๕๐ |

| | |
|---|---|
| ๕ | <p>-ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐</p> <p>-ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๔๐</p> <p>-ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐</p> <p>-ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>-ผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด</p> <p>๑) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕</p> <p>๒) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕</p> <p>๓) ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ร้อยละ ๖๐</p> |
|---|---|

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

| Baseline data | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|---------------------------------------|-------|-------|
| | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ๑. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม | ๘๓.๔๓ | ๘๓.๒๒ | ๘๑.๖๓ |
| ๒. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก | ผลงาน ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ร้อยละ ๖๘.๒๑ | ๑๘.๖๒ | ๓๓.๕๓ |
| ๓. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง | ๗๒.๐๓ | ๖๗.๒๒ | ๘๔.๕๒ |
| ๔. ร้อยละประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา | ๑๐๐ | ๑๐๐ | ๑๐๐ |
| ๕. ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด | | | |
| ๕.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ | ๘๗.๓๐ | ๘๔.๑๒ | ๘๐.๘๑ |
| ๕.๒ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ | ๖๓.๒๗ | ๘๒.๖๑ | ๗๑.๑๕ |
| ๕.๓ ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ | ๗๐.๘๓ | ๗๒.๗๓ | ๕๕.๕๖ |

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายก่อศักดิ์ จันทร์วิจิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๕๐ ๔๘๔๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวณัฐณิญา สมาสชัย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๓๕๓๖ ๕๖๕๓

หน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

| |
|---|
| แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ |
|---|

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๗ ระดับความสำเร็จอำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ
- ตลาดนัด นำซื้อ (Temporary Market) อำเภอละ ๑ แห่ง
 - ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) อำเภอละ ๑ แห่ง

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

สถานประกอบการปรับปรุงผ่านเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง สถานประกอบการด้านอาหาร ที่ได้ดำเนินการปรับปรุงจนผ่านเกณฑ์มาตรฐานในแต่ละประเภท และผ่านมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ตามที่ ศบค.กำหนด ได้แก่

ตลาดนัด หมายถึง ตลาดประเภทที่ ๒ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ.๒๕๕๑

มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ (Temporary Market) หมายถึง เกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดนำซื้อ ประกอบด้วยเกณฑ์ ๒๐ ข้อ ซึ่งครอบคลุม ๓ ด้าน ได้แก่ ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ด้านความปลอดภัยของอาหาร และด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยแบ่งการรับรองเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับดี ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านระดับพื้นฐานขึ้นไป

ร้านอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๕ และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑

มาตรฐาน Clean Food Good Taste Plus หมายถึง เกณฑ์การรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ระดับดีมาก ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste) ระดับพื้นฐาน จำนวน ๕ หมวด และผ่านเกณฑ์การพัฒนาและยกระดับมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารในระดับก้าวหน้า จำนวน ๙ ข้อ

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

๑. ตลาดนัด นำซื้อ (Temporary Market) อำเภอละ ๑ แห่ง
๒. ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) อำเภอละ ๑ แห่ง

๖. วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ และเป็นไปตามนโยบายสำคัญของกระทรวงสาธารณสุข

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามเกณฑ์ตัวชี้วัด และรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแบบฟอร์มที่กำหนด (ระบบ Google Form) เป็นรายไตรมาส

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี นำข้อมูลจากระบบ Google Form มาวิเคราะห์ GAP ในภาพรวมของจังหวัดและจัดทำแผนปิด GAP ในปีถัดไป รวมทั้งการตรวจประเมินเชิงคุณภาพ พร้อมจัดส่งให้ศูนย์อนามัยที่ ๔ สระบุรี

๘. แหล่งข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๙. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

| ระดับคะแนน | ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) | | | | |
|------------|------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | ขั้นตอนที่ ๑ | ขั้นตอนที่ ๒ | ขั้นตอนที่ ๓ | ขั้นตอนที่ ๔ | ขั้นตอนที่ ๕ |
| ๑ | ✓ | | | | |
| ๒ | ✓ | ✓ | | | |
| ๓ | ✓ | ✓ | ✓ | | |
| ๔ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| ๕ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

๑๐. แนวทางการประเมินผล: การประเมิน ๒ รอบ คือ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๑๐.๑ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ระดับคะแนน | รายละเอียดการดำเนินงาน |
|------------|---|
| ๑ | ดำเนินการจัดทำทะเบียนตลาดนัด และร้านอาหาร ในพื้นที่รับผิดชอบ และคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายเพื่อดำเนินการตลาดนัดนำซื้อ/ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) ในระดับอำเภอ อย่างละ ๑ แห่ง |
| ๒ | มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานร่วมกับ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เจ้าของตลาดนัดนำซื้อ และผู้ประกอบการร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) |
| ๓ | กลุ่มเป้าหมายมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ฯ และค้นหาส่วนขาดที่ต้องพัฒนาปรับปรุงตามเกณฑ์มาตรฐานฯ |
| ๔ | กลุ่มเป้าหมายตลาดนัดนำซื้อ/ร้านอาหาร (Clean Food Good Taste Plus) มีแผนการพัฒนา และดำเนินการปรับปรุงตามเกณฑ์มาตรฐานฯ |
| ๕ | - ผ่านการตรวจประเมินจาก อปท. และสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบ ตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัด นำซื้อ จำนวน ๑ ครั้ง - ร้านอาหารผ่านการตรวจประเมินจาก อปท. และสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบ ตามมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร จำนวน ๑ ครั้ง |

๑๐.๒ การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| ระดับคะแนน | รายละเอียดการดำเนินงาน |
|------------|--|
| ๑ | ดำเนินการจัดทำทะเบียนตลาดนัด และร้านอาหาร และคัดเลือกพื้นที่เป้าหมายดำเนินการ มีการชี้แจงแนวทางการดำเนินงานร่วมกับ อปท. เจ้าของตลาด /ผู้ประกอบการร้านอาหาร |
| ๒ | กลุ่มเป้าหมายมีการประเมินตนเองตามเกณฑ์ฯ และค้นหาส่วนที่ต้องพัฒนาปรับปรุงตามเกณฑ์มาตรฐานฯ ในระดับที่สูงขึ้น |
| ๓ | - ผ่านการตรวจประเมินจาก อปท. และสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบ ตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดน้ำซ้อ ๒ ครั้ง/ ปี - ร้านอาหารผ่านการตรวจประเมินจาก อปท. และสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบ ตามมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร ๒ ครั้ง/ ปี |
| ๔ | - ผ่านการประเมินรับรองจาก อปท. และสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดน้ำซ้อ ระดับพื้นฐาน - ร้านอาหารผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร Clean Food Good Taste Plus |
| ๕ | - ผ่านการประเมินรับรองจาก อปท. และสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่รับผิดชอบตามเกณฑ์มาตรฐานตลาดนัดน้ำซ้อ ระดับดีขึ้นไป - ร้านอาหารผ่านการประเมินรับรองมาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหาร Clean Food Good Taste Plus |

๑๑. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

| Baseline data | หน่วย วัด | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|--|--------------|------------------------------------|------|--------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอาหารปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพ -ตลาดนัด น้ำซ้อ -ร้านอาหาร Clean Food Good Taste Plus | อำเภอ | - | - | ๑ ๐ |

๑๒. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายอัครเดช ภัคดีรักษ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๗๑๒๐ ๓๐๑๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวจิตตานันท์ ทองประเสริฐ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๕๙๕๖ ๓๖๑๔

หน่วยงาน: กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

| |
|---|
| แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ |
|---|

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๘ ระดับความสำเร็จของจังหวัด คปสอ. ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (คปสอ.)

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๘

๔. คำอธิบาย :

ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ คปสอ. ทั้ง ๖ คปสอ. ในจังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ทุกภารกิจ ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ ๑ – ๕ ประกอบด้วย การเตรียมความพร้อมเพื่อตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคและภัยสุขภาพ แผนเผชิญเหตุ แผนประกอบกิจการ การฝึกซ้อมแผนและการสรุปทเรียน เพื่อวางแผนพัฒนางานบริหารจัดการภัยจากโรคและภัยสุขภาพ

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วยด้วย

การพัฒนาศูนย์ EOC หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา ๓ ด้าน ดังนี้

๑.ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ

๒.ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึงห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร

๓.ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถระดมมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ ให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ

All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

๕. เกณฑ์เป้าหมาย : คปสอ.ทุกแห่งใน มี EOC ที่มีประสิทธิภาพสามารถปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ได้จริงทุก คปสอ.ร้อยละ ๑๐๐

๖. วัตถุประสงค์ : เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จากการประเมิน นิเทศติดตาม /จากรายงานผลการดำเนินงานระดับ คปสอ.

๘. แหล่งข้อมูล : จากสรุปผลการประเมิน นิเทศติดตาม /จากรายงานผลการดำเนินงานระดับ คปสอ

๗.แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---|--------------|---|--------------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ขั้นตอนที่ ๑ | | ขั้นตอนที่ ๒ | | ขั้นตอนที่ ๓ |

เกณฑ์การให้คะแนน

| ขั้นตอน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | ค่าคะแนน |
|---------|---|--|-----------------|
| ๑ | จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงาน และมีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) มี Area Commander มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ระดับ คปสอ. | • หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับ คปสอ. | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๒ | ๑.จัดทำ All Hazards Plan ๒.จัดทำ Incident Action Plan (IAP) อย่างน้อย ๑ เรื่อง | แผนเผชิญเหตุ | เท่ากับ ๓ คะแนน |
| ๓ | จัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์ ตามความเหมาะสม เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ คปสอ. | • สถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) | เท่ากับ ๕ คะแนน |

๗.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ขั้นตอนที่ ๑ | ขั้นตอนที่ ๒ | ขั้นตอนที่ ๓ | ขั้นตอนที่ ๔ | ขั้นตอนที่ ๕ |

เกณฑ์การให้คะแนน

| ขั้นตอน | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | ค่าคะแนน |
|---------|--|--|----------|
| ๑ | จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงาน และมีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) มี Area Commander มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน | <ul style="list-style-type: none"> หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับคปสอ. | ๑ คะแนน |
| ๒ | ๑.จัดทำ All Hazards Plan ๒.จัดทำ Incident Action Plan (IAP) อย่างน้อย ๑ เรื่อง | แผนเผชิญเหตุ | ๒ คะแนน |
| ๓ | จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ ตามความเหมาะสม เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ คปสอ. | <ul style="list-style-type: none"> สถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) | ๓ คะแนน |
| ๔ | ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับคปสอ. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ได้ พร้อมเสนอผู้บริหารอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ในที่ประชุมคปสอ. (กรณีปกติ) และสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง (กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน) | <ul style="list-style-type: none"> รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ได้ พร้อมเสนอผู้บริหารอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง (กรณีปกติ) และสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง (กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน) มีรายงานการสอบสวนโรคหรือภัยสุขภาพ ฉบับสมบูรณ์อย่างน้อย คปสอ.ละ ๑ เรื่อง/ปี | ๔ คะแนน |
| ๕ | เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับคปสอ. หรือการซ้อมระบบสั่งการภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉินได้ทุกภัย (all hazards) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผน ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะหรือฝึกปฏิบัติจริงตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน) | <ul style="list-style-type: none"> มีรายงานผลการซ้อมแผนหรือเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับ คปสอ. | ๕ คะแนน |

๙.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|----------|-------------------------------|------------------------|-------------------------|
| | | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ | ๒๕๖๕ |
| จังหวัดและ คปสอ. สามารถจัดการ ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้ | ร้อยละ. | ๓ คปสอ. (ร้อยละ ๕๐) | ๕ คปสอ. (ร้อยละ ๘๓) | ๖ คปสอ. (ร้อยละ ๑๐๐) |

- ๑๐.ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายอภิชา เอกธีรธรรม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๓๑๗ ๓๒๕๓
 ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายถาวร ปานเพ็ชร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๓๑๗ ๓๒๕๓
 กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดแบบผสมผสาน (Hybrid)

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๙ ระดับความสำเร็จของการป้องกันการฆ่าตัวตาย

๒. หน่วยวัด : ระดับ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔.๘

๔. คำอธิบาย :

การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำโดยตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD -๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕)

ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ๒๕๖๓ - กันยายน ๒๕๖๕ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลาภายใน ๑ ปี

ระยะเวลา ๑ ปี หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X๖๐ เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแล ติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้ง ไม่ว่าจะวิธีการใด ๆ จนไปถึงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ เป็นระยะเวลา ๑ ปี หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นรายนี้ได้มีการทำร้ายตนเองในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๕ จะถือว่าเป็นการทำซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี แต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นรายใหม่ ที่ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายเป็นรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ต่อไป ไม่นับว่าเป็น การทำซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

๕. สูตรการคำนวณ:

$$\text{อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ} = \frac{\text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ}}{\text{ประชากรทั้งหมดกลางปี ๒๕๖๔}} \times ๑๐๐,๐๐๐$$

$$\text{ร้อยละไม่ทำร้ายตัวเองซ้ำ} = \frac{\text{ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ทำร้ายตัวเองซ้ำ} \times ๑๐๐}{\text{ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ทั้งหมด}}$$

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน |
|-------|---|
| ๑ | - มีคำสั่งขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ - ดำเนินการคืนข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเเร็จให้กับคณะกรรมการระดับอำเภอ |
| ๒ | - ดำเนินการจัดประชุมสุขภาพจิตระดับอำเภอ - มีแผนการดำเนินงาน |
| ๓ | - ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ ครบ ๖ ครั้งใน ๑ ปี ร้อยละ ๓๐ - ดำเนินการจัดกิจกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้พยายามฆ่าตัวตาย - ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๕ ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ร้อยละ ๘๐ - อัตราการฆ่าตัวตายสำเเร็จ ≤ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน |
| ๔ | - ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ ครบ ๖ ครั้งใน ๑ ปี ร้อยละ ๔๐ - ดำเนินการจัดกิจกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้พยายามฆ่าตัวตาย - ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๕ ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ร้อยละ ๘๕ - อัตราการฆ่าตัวตายสำเเร็จ ≤ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน |
| ๕ | - ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ ครบ ๖ ครั้งใน ๑ ปี ร้อยละ ๕๐ - ดำเนินการจัดกิจกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้พยายามฆ่าตัวตาย - ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ – ๒๕๖๕ ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ร้อยละ ๙๐ - อัตราการฆ่าตัวตายสำเเร็จ ≤ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน |

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---|---------|---|---------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับ ๑ | - | ระดับ ๒ | - | ระดับ ๓ |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ |
|-------|---|--------------------------------------|-----------------|
| ๑ | - มีคำสั่งขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ - ดำเนินการคืนข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จให้กับคณะกรรมการ | คำสั่ง /สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๒ | - ประชุมคณะกรรมการฯ - มีแผนการดำเนินงาน | รายงานการประชุม / แผนการดำเนินงาน | เท่ากับ ๒ คะแนน |
| ๓ | - ดำเนินการจัดกิจกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้พยายามฆ่าตัวตาย - ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ร้อยละ ๘๐ - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ \leq ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน | สรุปการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม | เท่ากับ ๒ คะแนน |

๗.๑) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---------|---------|---------|---------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับ ๑ | ระดับ ๒ | ระดับ ๓ | ระดับ ๔ | ระดับ ๕ |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ |
|-------|---|--------------------------------------|-----------------|
| ๑ | - มีคำสั่งขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตระดับอำเภอ - ดำเนินการคืนข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จให้กับนายอำเภอ | คำสั่ง/สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๒ | - ประชุมคณะกรรมการฯ - มีแผนการดำเนินงาน | รายงานการประชุม / แผนการดำเนินงาน | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๓ | - ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ ครบ ๖ ครั้งใน ๑ ปี ร้อยละ ๓๐ - ดำเนินการจัดกิจกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้พยายามฆ่าตัวตาย - ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ร้อยละ ๘๐ - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ \leq ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน | สรุปการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม | เท่ากับ ๑ คะแนน |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบ ประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ |
|-------|---|--|-----------------|
| ๔ | - ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ ครบ ๖ ครั้งใน ๑ ปี ร้อยละ ๔๐ - ดำเนินการจัดกิจกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้พยายามฆ่าตัวตาย - ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ร้อยละ ๘๕ - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ \leq ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน | สรุปการดำเนินงาน พร้อมรูปการทำ กิจกรรม | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๕ | - ดำเนินการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ ครบ ๖ ครั้งใน ๑ ปี ร้อยละ ๕๐ - ดำเนินการจัดกิจกรรมป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำในผู้พยายามฆ่าตัวตาย - ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๕ ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ร้อยละ ๙๐ - อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ \leq ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน | สรุปการดำเนินงาน พร้อมรูปการทำ กิจกรรม/รายงาน การประชุม | เท่ากับ ๑ คะแนน |

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|--|--|---|-----------------|------------------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ระดับความสำเร็จของ การป้องกันการฆ่าตัวตาย | อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ \leq ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน | ๙.๑ (๑๙ คน) | ๘.๑๗ (๑๗ คน) | ๑๓.๙๗ (๒๙ คน) |
| | ร้อยละของผู้พยายามฆ่า ตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปี ร้อยละ ๙๐ | ร้อยละ ๘๐ | ร้อยละ ๘๑.๒๕ | ร้อยละ ๙๐.๒๘ |
| | ผู้พยายามฆ่าตัวตายได้รับการติดตาม ครบ ๖ ครั้ง ใน ๑ ปี | N/A | N/A | N/A |

๙. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูล : แบบรายงาน / ระบบฐานข้อมูล ๕๐๖

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: แบบรายงาน ๕๐๖ จังหวัดสิงห์บุรี

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวอัญชลี ตริลพ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๑๗๘ ๐๓๔๒๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๘๒๔ ๘๗๖๑

หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด

| |
|---|
| แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดแบบผสมผสาน (Hybrid) |
|---|

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๐ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเพิ่มการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๕.๖

๔. คำอธิบาย :

ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย

การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการส่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไว ซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามเกณฑ์การคัดแยก ระดับ ๑ และระดับ ๒ ของเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน มากกว่าร้อยละ ๒๖

๖. วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

๒. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

๒. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M๑) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) โดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ รวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่งรวบรวมและรายงานข้อมูลจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด ของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M๑) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่นับรวมผู้ป่วยส่งต่อ (refer) จากระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMS นำเข้าสู่ระบบ health KPI

๘. แหล่งข้อมูล : ระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน ITEMSและระบบรายงาน HosXP ของโรงพยาบาล

๙. สูตรการคำนวณ:

| | |
|--------------------|--|
| รายการข้อมูล ๑ | A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) |
| รายการข้อมูล ๒ | B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | $(A/B) \times 100$ |

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

| ขั้นตอนการดำเนินงาน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|---------------------|------------------------------------|
| ๑ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๒ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๓ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๔ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |
| ๕ | กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone |

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน
 ดังนี้ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ระดับ | การดำเนินงาน |
|-------|---|
| ๑ | -ขับเคลื่อนการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินผ่านคณะกรรมการระดับพื้นที่ -ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๕ |
| ๒ | -จัดทำแผนปฏิบัติการและการประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๕ -ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๑๐ |
| ๓ | ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๑๕ |
| ๔ | ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๒๐ |
| ๕ | ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๒๖.๕ |

การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| ระดับ | การดำเนินงาน |
|-------|---|
| ๑ | -ขับเคลื่อนการดำเนินการด้านการแพทย์ฉุกเฉินผ่านคณะกรรมการระดับพื้นที่ -ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๕ |
| ๒ | -จัดทำแผนปฏิบัติการและการประเมินผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ปี ๒๕๖๕ -ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๑๐ |
| ๓ | ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๑๕ |
| ๔ | ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๒๐ |
| ๕ | ประชากรจังหวัดสิงห์บุรีเข้าถึงเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ ๒๖.๕ |

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

| Baseline data | ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|--|------------------------------------|------|-------|
| | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน | N/A | N/A | ๑๘.๒๒ |

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายก่อศักดิ์ จันทร์วิจิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๕๐ ๔๘๔๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายภูวิช โชติการทองกุล หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๒๗๔๑ ๘๑๓๓

หน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดแบบผสมผสาน (Hybrid)

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๑ ระดับความสำเร็จการจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์จังหวัดสิงห์บุรี
 ๒. หน่วยวัด : ระดับของความสำเร็จ
 ๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๕.๖
 ๔. คำอธิบาย :

การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดบริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันและ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ

หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายกัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ยากัญชา หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่กัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา

Palliative care หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (รหัส ICD๑๐ Z๕๑.๕)

๕. สูตรการคำนวณ: A/B * ๑๐๐

A : คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (โรงพยาบาล)

B : จำนวนโรงพยาบาลรัฐทั้งหมดตามตัวชี้วัด

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนในการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน |
|-------|--|
| ๑ | มีการจัดตั้งคณะกรรมการกัญชาในโรงพยาบาล |
| ๒ | ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ เฉพาะกัญชา |
| ๓ | มีการนำตำรับยาแผนไทยที่กัญชาปรุงผสมเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล |
| ๔ | มีการนำยาสารสกัดกัญชา น้ำมันกัญชา เข้ามาใช้ในโรงพยาบาล |
| ๕ | ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการรักษาด้วยตำรับยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ |

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

- ๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---|---------|---|---------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับ ๑ | - | ระดับ ๒ | - | ระดับ ๓ |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ |
|-------|---|--|-----------------|
| ๑ | มีคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ | มีคำสั่ง | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๒ | ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๕ เฉพาะกัญชา | ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ เฉพาะกัญชา | เท่ากับ ๒ คะแนน |
| ๓ | มีการนำตำรับยาแผนไทยที่กัญชาปรุงผสมเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล | เอกสารรายการตำรับยาแผนไทยที่กัญชาปรุงผสมในโรงพยาบาล | เท่ากับ ๒ คะแนน |

๗.๑) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---------|---------|---------|---------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับ ๑ | ระดับ ๒ | ระดับ ๓ | ระดับ ๔ | ระดับ ๕ |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ |
|-------|--|--|-----------------|
| ๑ | มีคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์ | มีคำสั่ง | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๒ | ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ ๕ เฉพาะกัญชา | ใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษ ประเภทที่ ๕ เฉพาะกัญชา | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๓ | มีการนำตำรับยาแผนไทยที่กัญชาปรุงผสมเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล | เอกสารรายการตำรับยาแผนไทยที่กัญชาปรุงผสมในโรงพยาบาล | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๔ | มีการนำยาสารสกัดกัญชา น้ำมันกัญชาเข้ามาใช้ในโรงพยาบาล | เอกสารรายการยาสารสกัดกัญชา น้ำมันกัญชาในโรงพยาบาล | เท่ากับ ๑ คะแนน |
| ๕ | ผู้ป่วย Palliative care ได้รับการรักษาด้วยตำรับยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ | เอกสารหลักฐานจากระบบ HosXP/ประวัติการรักษา | เท่ากับ ๑ คะแนน |

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | | |
|---|----------|-------------------------------|------|------|-------|
| | | ๒๕๖๑ | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั่วไป | ร้อยละ | N/A | N/A | ๑๐๐ | ๑๐๐ |
| การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลชุมชน | ร้อยละ | N/A | N/A | N/A | ๒๕ |
| การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แพทย์แผนไทยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยประจำการ | ร้อยละ | N/A | N/A | N/A | ๑๖.๖๖ |

๙. แหล่งข้อมูล : รายงาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล ได้จากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอุษาห์ จันทรวิจิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๒๖ ๑๗๖๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอลงกรณ์ อ้นประนิตย์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖ ๑๔๒๑ ๔๙๐๔

หน่วยงาน : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๒ มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น
 ๒. หน่วยวัด : ร้อยละ
 ๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔.๘
 ๔. คำอธิบาย :

๑.เมืองสมุนไพร หมายถึง เมืองที่ถ่ายถอดมาตรการและแผนงานจากแผนปฏิบัติการด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๕ (แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยฉบับที่ ๑ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๕) ลงไปสู่การพัฒนาในระดับภูมิภาคโดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งนี้อาศัยกลไกของประชารัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร เมืองสมุนไพร มีจำนวนทั้งสิ้น ๑๔ จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย พิจิตร โลก อุทัยธานี สระบุรี นครปฐม ปราจีนบุรี จันทบุรี มหาสารคาม สกลนคร อุตรธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ สุราษฎร์ธานี และสงขลา

๒.จังหวัดในเขตสุขภาพ หมายถึง จังหวัดอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากจังหวัดเมืองสมุนไพร ๑๔ จังหวัด

๓.ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และ/หรือ ยาปรุงเฉพาะราย

๔.มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการจ่ายยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. สูตรการคำนวณ:

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

A = มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดเมืองสมุนไพร ปี ๒๕๖๕

B = มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ ในจังหวัดเมืองสมุนไพร ปี ๒๕๖๔

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ... ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| ระดับคะแนน | เกณฑ์การให้คะแนน |
|------------|------------------|
| ๑ | ร้อยละ ๑ |
| ๒ | ร้อยละ ๒ |
| ๓ | ร้อยละ ๓ |
| ๔ | ร้อยละ ๔ |
| ๕ | ร้อยละ ๕ |

๗. แนวทางการประเมิน : แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| คะแนน | ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|--------|----------------|---|---|---|---|
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละ | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |

๗.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| คะแนน | ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|--------|----------------|---|---|---|---|
| | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละ | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |

๘. เกณฑ์การประเมิน :

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|--|--|---|--|
| <p>๑. มีแผนงานโครงการระดับจังหวัดขับเคลื่อนการพัฒนาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้สอดคล้องกับสถานการณ์</p> <p>๒. มีแผนการบริหารจัดการยาสมุนไพรและฟ้าทะลายโจรระดับจังหวัดเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลผลิตยาสมุนไพรในระดับเขตสุขภาพ</p> <p>๓. มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานให้บริการแบบ on-site/online/telehealth/terepharmacy/ให้คำแนะนำสุขภาพผ่าน line OA (Fah First Aid)</p> | <p>๑. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ รายการ</p> <p>๒. ส่งเสริมให้รพ.ทุกระดับเกิดคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานให้บริการแบบ on-site/online/telehealth/terepharmacy/ให้คำแนะนำสุขภาพผ่าน line OA (Fah First Aid) อำเภอละ ๑ แห่ง</p> | <p>๑. ให้บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบผสมผสานใน</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intermediate care (IMC) จังหวัดละ ๑ แห่ง - Palliative care จังหวัดละ ๑ แห่ง | <p>๑. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐.๕</p> <p>๒. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น (จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบเท่ากับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด)</p> |

๙.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

๙.๑ ระดับจังหวัด

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|----------------------------------|----------|-------------------------------|--------|-------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| มูลค่าการใช้จ่ายสมุนไพรเพิ่มขึ้น | ร้อยละ | -๑๑.๘๑ | -๑๖.๔๒ | ๒๗.๐๔ |

๙.๒ ระดับพื้นที่

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

๑. รายละเอียดของผลการดำเนินงาน จำแนกรายอำเภอ (คปสอ.) สามารถแสดงผลได้ดังต่อไปนี้

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ | |
|----------------|----------|--------------------------|--------|
| | | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| เมืองสิงห์บุรี | ร้อยละ | -๑๔.๔๒ | -๑.๘๖ |
| บางระจัน | ร้อยละ | ๑๒.๔๗ | -๑๕.๑ |
| ค่ายบางระจัน | ร้อยละ | -๕๕.๗๒ | -๓๙.๑๙ |
| พรหมบุรี | ร้อยละ | -๑๕.๗ | -๒๙.๑๘ |
| ท่าช้าง | ร้อยละ | -๒๐.๕ | -๑๒.๙ |
| อินทร์บุรี | ร้อยละ | ๑๘.๖๗ | -๗.๗๐ |

๒. รายละเอียดของผลการดำเนินงาน จำแนกรายโรงพยาบาล สามารถแสดงผลได้ดังต่อไปนี้

| Baseline data | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ | |
|---------------|----------|--------------------------|--------|
| | | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| รพ.สิงห์บุรี | ร้อยละ | -๒๒.๔๑ | ๘๙.๔๖ |
| บางระจัน | ร้อยละ | ๗.๑๗ | -๓๓.๗๔ |
| ค่ายบางระจัน | ร้อยละ | -๑๕.๔๗ | ๔๐.๒๐ |
| พรหมบุรี | ร้อยละ | ๓๑.๘๐ | -๒๐.๖๐ |
| ท่าช้าง | ร้อยละ | -๒๓.๙๔ | -๑๘.๙๒ |
| อินทร์บุรี | ร้อยละ | ๓๓.๓๘ | ๒๓.๕๘ |

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ณ ๒๕ ตุลาคม ๒๕๖๔

๑๐. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล: รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม

กระทรวงสาธารณสุข / ๔๓ แฟ้ม (Person/Provider/ Service/Diagnosis_opd/Drug_opd/ Procedure_opd/Labor

๑๑. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางอุไรศรี ชำนุรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

หมายเลขโทรศัพท์ มือถือ ๐๘ ๑๙๔๗ ๐๒๙๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอรทัย บานชื่น แพทย์แผนไทยชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ มือถือ ๐๘ ๙๙๓๕ ๙๓๒๖ หมายเลขที่ทำงาน ๐ ๓๖๘๑ ๓๙๔๓ ต่อ ๑๑๖

หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๓ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข
(Happy Organization)

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๘

๔. คำอธิบาย : องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตที่ยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ ได้แก่ คนทำงานที่มีความสุขที่ทำงานน้อย และชุมชนสมานฉันท์

องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต./สอ.)) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อน การดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางการดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

องค์กรแห่งความสุข ประกอบด้วย คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน้อย ชุมชนสมานฉันท์ การดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามกระบวนการขับเคลื่อน ๕ ชั้น ได้แก่
ชั้นที่ ๑ การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)
ชั้นที่ ๒ การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer)

และสุขภาวะองค์กร (HPI)

ชั้นที่ ๓ การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

ชั้นที่ ๔ การดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

ชั้นที่ ๕ มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

๕. สูตรการคำนวณ: ไม่มี

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน |
|-------|---|
| ๑ | - แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานองค์กรแห่งความสุข ของหน่วยงาน - กำหนดแนวทาง/นโยบายการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข - แจ้งบุคลากรในสังกัดฯ ทราบ |
| ๒ | - มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) ร้อยละ ๗๐ |
| ๓ | - สรุปผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) (ตามแบบประเมิน) - ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ เพื่อนำผลการประเมินมาจัดทำแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข - จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขขององค์กร ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน |
|-------|---|
| ๔ | - ดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการฯ องค์กรแห่งความสุข - ดำเนินการปรับแผนงาน/โครงการดำเนินงานฯ (กรณีการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนฯ) |
| ๕ | - มีการประเมินผลการดำเนินงาน หรือมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ - มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ อย่างน้อย คปสอ. ละ ๑ แห่ง |

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

- ๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---|---------|---|---------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับ ๑ | - | ระดับ ๒ | - | ระดับ ๓ |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ |
|-------|---|---|----------------|
| ๑ | - แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานองค์กรแห่งความสุข ของหน่วยงาน - กำหนดแนวทาง/นโยบายการดำเนินงาน องค์กรแห่งความสุข - แจ้งบุคลากรในสังกัดฯ ทราบ | - คำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ - บันทึก/รายงานการประชุมฯ - ประกาศฯ/หนังสือแจ้งเวียน | ๑ คะแนน |
| ๒ | ดำเนินการระดับ ๑ และ - มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) (ตามแบบประเมิน) ร้อยละ ๗๐ | - ทะเบียนผู้ร่วมประเมินฯ | ๓ คะแนน |
| ๓ | ดำเนินการระดับ ๒ และ - สรุปผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) (ตามแบบประเมิน) - ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ เพื่อนำผลการประเมินมาจัดทำแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข - จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขขององค์กร ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ | - ผลการประเมินความสุขบุคลากร - บันทึก/รายงานการประชุมฯ - แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมเสริมสร้างความสุขขององค์กร - บันทึก/รายงานการดำเนินงาน ตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | ๕ คะแนน |

๗.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---------|---------|---------|---------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ระดับ ๑ | ระดับ ๒ | ระดับ ๓ | ระดับ ๔ | ระดับ ๕ |

| ระดับ | เกณฑ์การให้คะแนน | เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน | ค่าคะแนนที่ได้ |
|-------|---|---|----------------|
| ๑ | <ul style="list-style-type: none"> - แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานองค์กรแห่งความสุข ของหน่วยงาน - กำหนดแนวทาง/นโยบายการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข - แจ้งบุคลากรในสังกัดฯ ทราบ | <ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ - บันทึก/รายงานการประชุมฯ - ประกาศฯ/หนังสือแจ้งเวียน | ๑ คะแนน |
| ๒ | <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการระดับ ๑ และ - มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) (ตามแบบประเมิน) ร้อยละ ๗๐ | <ul style="list-style-type: none"> - ทะเบียนผู้เข้าร่วมประเมินฯ | ๒ คะแนน |
| ๓ | <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการระดับ ๒ และ - สรุปผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) (ตามแบบประเมิน) - ประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ เพื่อนำผลการประเมินมาจัดทำแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข - จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขขององค์กร ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ | <ul style="list-style-type: none"> - ผลการประเมินความสุขบุคลากร - บันทึก/รายงานการประชุมฯ - แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมเสริมสร้างความสุขขององค์กร - บันทึก/รายงานการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม | ๓ คะแนน |
| ๔ | <ul style="list-style-type: none"> - ดำเนินการระดับ ๓ และ - ดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการฯ องค์กรแห่งความสุข - ดำเนินการปรับแผนงาน/โครงการดำเนินงานฯ (กรณีการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผนฯ) | <ul style="list-style-type: none"> - บันทึก/รายงานกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข | ๔ คะแนน |
| ๕ | <ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินผลการดำเนินงาน หรือมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ฯ - มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพอย่างน้อย คปสอ. ละ ๑ แห่ง | <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินผลการดำเนินงาน - Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข - มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ | ๕ คะแนน |

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|--|----------|-------------------------------|---------|---------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มี การดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข | ระดับ | ระดับ ๕ | ระดับ ๕ | ระดับ ๕ |

๙. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จากการรายงานของหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัดฯ

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายประสิทธิ์ วงศ์สกุลเกียรติ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๙๐๓ ๙๒๔๕
 ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวปาริชาติ คำวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๐๗๕ ๑๒๗๗
 โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๓๖๘๑ ๓๔๙๓ ต่อ ๑๒๗
 กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

| |
|---------------------------------------|
| แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ |
|---------------------------------------|

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๔ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
๒. หน่วยวัด : ร้อยละ
๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๕.๖
๔. คำอธิบาย :

หน่วยงานในสังกัด หมายถึง หน่วยงานเป้าหมายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่เข้ารับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี จำนวนทั้งสิ้น ๑๓ หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลทั่วไป ๒ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๖ แห่ง

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดเปิดเผยข้อมูลสู่ความโปร่งใส (Open Data to Transparency) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เน้นหลักการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร / หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ในทุกมิติตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส และเป็นเครื่องมือภายใต้การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ ตามพันธะสัญญาการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕ ประเด็นที่ ๘ ธรรมาภิบาล โปร่งใส บริหารด้วยหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส เป็นธรรม

สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำแนกเป็น ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร โดยประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาสตามที่ปฏิทินกำหนด

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

| ปีงบประมาณ | ปีงบประมาณ | ปีงบประมาณ | ปีงบประมาณ | ปีงบประมาณ | ปีงบประมาณ |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| ๖๐ | ๖๑ | ๖๒ | ๖๓ | ๖๔ | ๖๕ |
| ร้อยละ ๘๕ | ร้อยละ ๙๐ | ร้อยละ ๙๐ | ร้อยละ ๙๐ | ร้อยละ ๙๒ | ร้อยละ ๙๒ |

คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

| ระดับ | AA | A | B | C | D | E | F |
|-------|--------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|
| คะแนน | ๙๕-๑๐๐ | ๘๕-๙๔.๙๙ | ๗๕-๘๔.๙๙ | ๖๕-๗๔.๙๙ | ๕๕-๖๔.๙๙ | ๕๐-๕๔.๙๙ | ๐-๔๙.๙๙ |

๖. วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานเป้าหมาย สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

๒. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน และให้การบริหารราชการของหน่วยงาน เป้าหมายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล

๓. เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติในการนำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริต ทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายจำนวน ๑๓ แห่ง ที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร / หลักฐาน ตามข้อคำถามในแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ตามความเป็นจริงในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน ๔ ไตรมาส ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๓ (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายนของทุกปี) กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้

| ไตรมาสที่ ๑ | ไตรมาสที่ ๒ | ไตรมาสที่ ๓ | ไตรมาสที่ ๔ |
|---|-------------|-------------|-------------|
| ระดับขั้น ของความสำเร็จ (๕ ระดับ) | ร้อยละ ๘๒ | ร้อยละ ๘๗ | ร้อยละ ๙๒ |

๘. แหล่งข้อมูล:

แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)

๙. สูตรการคำนวณ: $(A/B) \times 100$

A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๒ (ใน ๑ ปี)
B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (๑๓ หน่วยงาน)

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละ ๖๒ | ร้อยละ ๗๗ | ร้อยละ ๘๒ | ร้อยละ ๘๗ | ร้อยละ ๙๒ |

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๑๑.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB ๑- EB ๒๔) ค่าเป้าหมาย คือ ระดับ ๓ ร้อยละ ๘๒ อนึ่ง การประเมินรอบ ๖ เดือน เป็นการกำหนดระดับเป้าหมายที่มีใช้ระดับสูงสุด แต่หน่วยงานสามารถดำเนินการให้เกิดประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล เพื่อให้ได้ค่าคะแนนในระดับสูงขึ้น อันก่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติในการนำมาตรรกการป้องกันและปราบปรามการทุจริตมาบังคับใช้ เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละ ๖๒ | ร้อยละ ๗๗ | ร้อยละ ๘๒ | ร้อยละ ๘๗ | ร้อยละ ๙๒ |

๑๑.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB ๑- EB ๒๔) ค่าเป้าหมาย คือ ระดับ ๕ ร้อยละ ๙๒

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละ ๖๒ | ร้อยละ ๗๗ | ร้อยละ ๘๒ | ร้อยละ ๘๗ | ร้อยละ ๙๒ |

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|--|----------|-------------------------------|-------|------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒ | ร้อยละ | ๙๒.๓๑ | ๙๒.๓๑ | ๑๐๐ |

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายพิพัฒน์ กว่างนอก หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๑๙, ๐ ๓๖๘๑ ๓๔๙๓ ต่อ ๑๑๗

ผู้จัดเก็บข้อมูล : ๑. นายสุภลักษณ์ พึ่งสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๘๙๒๓ ๒๗๖๓

๒. นางสาวปติตา ตรีสสาร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๕๘๔๔ ๔๔๖๘

หน่วยงาน : กลุ่มกฎหมาย

| |
|---------------------------------------|
| แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ |
|---------------------------------------|

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๕ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

๒. หน่วยวัด : ร้อยละ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๕.๖

๔. คำอธิบาย :

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)

๒. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม ๓) บุคลากรที่ดี ๔) บริการดี ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการที่ดี

หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด ๕ ผลลัพธ์

โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ ๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว (รายงาน คปสอ. และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ ดาว (รายงาน คปสอ. และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ ๘๐ เท่ากับ ๕ ดาว

๓. การรับรองผล ทีมประเมินระดับจังหวัดตรวจประเมินรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว โดยรักษาสภาพ ๒ ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

๔. การ reaccreditation หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ในปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๓ มีการรักษาสภาพ ๒ ปี และต้องเข้ารับการประเมินใหม่

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

| ปีงบประมาณ ๖๔ | ปีงบประมาณ ๖๕ | ปีงบประมาณ ๖๖ |
|---------------|---------------|---------------|
| ๗๕ | ๗๕ | ๘๕ |

๖. วัตถุประสงค์ :

๖.๑. เพื่อพัฒนาระบบบริหารและระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖.๒. เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ

๗. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๗.๑. กลุ่ม reaccreditation ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับห้าดาว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ ถึง ๒๕๖๓ จำนวน ๔๑ แห่ง

๗.๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ยังไม่ผ่านระดับ ๕ ดาว ในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๖ แห่ง

๘. วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (<http://gishealth.moph.go.th/pcu>)

๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจสอบและแก้ไข, ประเมินรับรอง

๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบและแก้ไข, คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมินรับรอง

๙. แหล่งข้อมูล :

-ระบบฐานข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (<http://gishealth.moph.go.th/pcu>)
ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกผลประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ
ระดับจังหวัด

-สรุปผลการประเมินจากทีมประเมินระดับจังหวัด (File excel)

๑๐. สูตรการคำนวณ:

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

A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สะสมปีงบประมาณ (๒๕๖๑ - ๒๕๖๕)

ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว

B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน
ดังนี้

๑๑.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ -
๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละ ๕๕ | ร้อยละ ๖๐ | ร้อยละ ๖๕ | ร้อยละ ๗๐ | ร้อยละ ๗๕ |

๑๑.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ -
๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| ร้อยละ ๕๕ | ร้อยละ ๖๐ | ร้อยละ ๖๕ | ร้อยละ ๗๐ | ร้อยละ ๗๕ |

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | | |
|---|----------------|-------------------------------|-------|-----------|-------|
| | | ๒๕๖๐ | ๒๕๖๑ | ๒๕๖๒-๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ร้อยละของการดำเนินการ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว | ร้อยละ สะสม | ๑๔.๘๙ | ๔๐.๔๓ | ๘๗.๒๓ | ๘๗.๒๓ |

๑๓. วิธีการประเมินผล: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินผลตนเองและทีมประเมินระดับจังหวัด
ออกประเมินรับรอง

๑๔. เอกสารสนับสนุน: คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี ๒๕๖๕

๑๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางสาวศิริเนตร สุขดี หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๙ ๒๓๖ ๒๓๖๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวอุไรวรรณ ตั้งพานิชวงศ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙๒ ๗๑๔ ๒๔๒๕

หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๖ ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

๒. หน่วยวัด : ร้อยละ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๕.๖

๔. คำอธิบาย :

คุณภาพข้อมูล หมายถึง คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสาธารณสุขในรูปแบบอื่นที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งานและตรงตามวัตถุประสงค์

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขในปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้น ๆ ประกอบด้วย

๑. ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID)
๒. ข้อมูลเพศ (SEX)
๓. ข้อมูลวันเกิด (BIRTH)
๔. ข้อมูลสัญชาติ (NATION)
๕. ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE)

ระยะเวลาในการประเมินผล

ประมวลผลจาก HDC ทุกวันที่ ๑๖ ของเดือนแรก ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้น ๆ (๑๖ ตุลาคม, ๑๖ มกราคม, ๑๖ เมษายน และ ๑๖ กรกฎาคม)

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

| เป้าหมาย | ปีงบประมาณ | | |
|---|------------|-----------|-----------|
| | ๒๕๖๕ | ๒๕๖๖ | ๒๕๖๗ |
| ๑. หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล (คปสอ.) | ร้อยละ ๘๐ | ร้อยละ ๘๕ | ร้อยละ ๙๐ |

๖. วัตถุประสงค์ :

๖.๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพ

๖.๒. เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐาน ข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่น ๆ

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของจังหวัด ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๘. แหล่งข้อมูล :

- ๘.๑. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง
- ๘.๒. Health data center: HDC ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๙. สูตรการคำนวณ :

A = จำนวนสถานบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ

B = จำนวนสถานบริการทั้งหมด

คุณภาพข้อมูล = (A/B) x ๑๐๐

๑๐. เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๕ ร้อยละของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่อยู่ในจังหวัดผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล

| รอบ ๓ เดือน | รอบ ๖ เดือน | รอบ ๙ เดือน | รอบ ๑๒ เดือน |
|-------------|-------------|-------------|--------------|
| ร้อยละ ๖๐ | ร้อยละ ๗๐ | ร้อยละ ๗๕ | ร้อยละ ๘๐ |

๑๑. เกณฑ์การให้คะแนน : ตามเกณฑ์คุณภาพ ๔ มิติ

๑๑.๑.) ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) หมายถึง ขอบเขตที่ข้อมูล ทั้ง ๕ 필ด์ คือ ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID), ข้อมูลเพศ (SEX), ข้อมูลสัญชาติ (NATION), ข้อมูลวันเกิด (BIRTH), และข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (DISCHARGE) ที่บันทึกตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (๔๓ แฟ้ม) มีความถูกต้องเชื่อถือได้

การคำนวณ : ร้อยละความถูกต้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON (๕ 필ด์) ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย

$$\frac{CID_๑ + SEX_๑ + BIRTH_๑ + N_๑ + D_๑}{๕}$$

๑๑.๒.) ความสอดคล้อง (Consistency) หมายถึง ข้อมูลถูกนำเสนอในรูปแบบที่สอดคล้อง ตามที่โครงสร้างมาตรฐานกำหนด

การคำนวณ : ร้อยละความสอดคล้องของข้อมูลบุคคลในแฟ้ม PERSON ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข โดยการหาค่าเฉลี่ย

$$\frac{CID_๒ + SEX_๒ + BIRTH_๒ + N_๒ + D_๒}{๕}$$

๑๑.๓.) ความครบถ้วนสมบูรณ์ (Completeness) หมายถึง จำนวนข้อมูลที่มีการรับ - ส่ง ระหว่างหน่วยบริการ และ HDC มีจำนวนข้อมูลตรงกัน (ไม่มีการสูญหาย) ประกอบด้วย ข้อมูลจากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS_OPD ในระหว่างเวลา ๓ ครั้งสุดท้ายของการส่งข้อมูลล่าสุด

$$\frac{\text{จำนวนข้อมูลที่ GDC รับจากแฟ้ม PERSON, SERVICE, DEATH และ DIAGNOSIS_OPD} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนข้อมูลที่มีการส่งออกจากหน่วยบริการ}}$$

๑๑.๔.) ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness) หมายถึง ข้อมูลมีความเป็นปัจจุบันทันต่อการใช้งาน เพื่อประโยชน์ในการกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (เป็นไปตามเงื่อนไขการประมวลผลของ HDC โดยจะตรวจสอบข้อมูลการรับบริการของเดือนปัจจุบันภายในวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป และจะต้องมีข้อมูลในวันราชการ ทุกวัน จากแฟ้ม SERVICEX)

$$\frac{\text{จำนวนเดือนที่มีการบันทึกและส่งออกข้อมูลได้ทัน} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนเดือนที่ส่งข้อมูลทั้งหมด}}$$

การให้คะแนน : คปสอ. รอบ ๑ (๖ เดือน) / รอบ ๒ (๑๒ เดือน)

| คะแนน | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ | หมายเหตุ |
|-------------|----|----|----|----|-----|----------|
| ผลงานร้อยละ | ๖๐ | ๖๕ | ๗๐ | ๗๕ | ≥๘๐ | |

๑๒. วิธีการประเมินผล :

การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

- จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ประเมินราย หน่วยบริการ และรวมเป็นราย คปสอ.

๑๓. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ | | |
|---|----------|---------------------------|------|-------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| ร้อยละของสถานบริการที่เกณฑ์คุณภาพข้อมูล | ร้อยละ | - | ๒๘.๓ | ๑๖.๖๘ |

๑๔. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายอภิชา เอกธีรธรรม

หมายเลขโทรศัพท์: ๐๘ ๑๙๔๗ ๓๖๓๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอภิชา เอกธีรธรรม

หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๑๙๔๗ ๓๖๓๖

หน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๗ อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดสิงห์บุรี
น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕๕
๒. หน่วยวัด : ร้อยละ
๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๘
๔. คำอธิบาย :

๑. ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หมายถึง ไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อนในมนุษย์ ก่อให้เกิดอาการป่วยระบบทางเดินหายใจในคน และสามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้ เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น

๒. อัตราป่วยตาย หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และเสียชีวิตทั้งประเทศ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕) ไม่เกินร้อยละ ๑.๕๕ การลดอัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จะต้องมีการดำเนินงานเฝ้าระวัง ควบคุมป้องกันโรค และการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาด ซึ่งประกอบด้วยมาตรการสำคัญเพื่อเตรียมการเปิดชีวิตวิถีใหม่อย่างยั่งยืน Singburi COVID free Province จังหวัดแรกของประเทศไทย ประกอบด้วย

๑. มาตรการส่วนตัว ; การป้องกันขั้นสูงสุดแบบครอบจักรวาล Universal Prevention การเข้าถึงวัคซีนในประชาชนกลุ่มเป้าหมายมากกว่าร้อยละ ๘๐ และการเข้าถึงชุดตรวจ ATK ในพื้นที่

๒. มาตรการส่วนรวม ; การเตรียมการเปิดกิจการ/กิจกรรม ด้วยความปลอดภัย Covid free setting ซึ่งประกอบด้วยการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมของสถานประกอบการ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคของผู้ประกอบการ พนักงาน และผู้ใช้บริการ

๕. สูตรการคำนวณ:

อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คำนวณจาก

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

A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสิงห์บุรี ตามภูมิลำเนา (นับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

B = จำนวนผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสิงห์บุรี ตามภูมิลำเนา (นับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

หมายเหตุ ทะเบียนผู้ป่วยโควิด-19 ระลอกเมษายน ๒๕๖๔ จังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ... ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

| เกณฑ์การให้คะแนน | | | | |
|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| > ร้อยละ ๑.๙๐ | ร้อยละ ๑.๘๖-๑.๙๐ | ร้อยละ ๑.๗๑-๑.๘๕ | ร้อยละ ๑.๕๖-๑.๗๐ | < ร้อยละ ๑.๕๕ |

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| > ร้อยละ ๑.๙๐ | ร้อยละ ๑.๘๖-๑.๙๐ | ร้อยละ ๑.๗๑-๑.๘๕ | ร้อยละ ๑.๕๖-๑.๗๐ | < ร้อยละ ๑.๕๕ |

๗.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๕)

| ค่าคะแนนที่ได้ | | | | |
|----------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------|
| ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ |
| > ร้อยละ ๑.๙๐ | ร้อยละ ๑.๘๖-๑.๙๐ | ร้อยละ ๑.๗๑-๑.๘๕ | ร้อยละ ๑.๕๖-๑.๗๐ | < ร้อยละ ๑.๕๕ |

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

| ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด | หน่วยวัด | ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. | | |
|---|----------|-------------------------------|------|--------------------------|
| | | ๒๕๖๒ | ๒๕๖๓ | ๒๕๖๔ |
| อัตราการป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดสิงห์บุรี | ร้อยละ | - | - | ๑.๗๕ (๔๘/๒,๗๔๕) x ๑๐๐ |

๙. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

ทะเบียนผู้ป่วยโควิด-19 ระลอกเมษายน ๒๕๖๔ จังหวัดสิงห์บุรี กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายสมควร เสนลา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๙๑ ๗๖๐๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวัชรกิตติ มีพงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๖ ๓๒๑๔ ๖๓๖๖

หน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

ภาคผนวก

แบบสรุปผลการปฏิบัติราชการของผู้บริหาร

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ รอบที่

| ลำดับ | ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ | หน่วยวัด | น้ำหนัก | เกณฑ์การให้คะแนน | | | | | ผลการดำเนินงาน | | | |
|-------|--|------------|---------|------------------|---|---|---|---|----------------|----------------|-------------|---|
| | | | | ๑ | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ | ผลการดำเนินงาน | ค่าคะแนนที่ได้ | ถ่วงน้ำหนัก | |
| ๑๕ | ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว | ระดับ | ๕.๖ | | | | | | | | | ๐ |
| ๑๖ | ร้อยละของหน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล | ร้อยละ | ๕.๖ | | | | | | | | | ๐ |
| ๑๗ | อัตราป่วยตายของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของจังหวัดสิงห์บุรี น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕๕ | ระดับ | ๘ | | | | | | | | | ๐ |
| | | น้ำหนักรวม | ๑๐๐ | | | | | | | ค่าคะแนนที่ได้ | | |

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รายงาน.....หน่วยงาน.....

ตำแหน่ง.....เบอร์ติดต่อ.....



M

Mastery : เป็นนายตนเอง

หมั่นฝึกตนเองให้มีศักยภาพ ยึดมั่นในความถูกต้อง มีวินัย ปฏิบัติตามกฎระเบียบ บนพื้นฐานของกาจะมีสำนึกับผิดชอบคุณธรรม และจรรยาบรรณ

O

Originality : เองสร้างสิ่งใหม่

สร้างนวัตกรรม/สิ่งใหม่ ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อระบบสุขภาพ

P

People Centered : ใส่ใจประชาชน

ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลางในการทำงาน เพื่อประโยชน์อันดีแก่ประชาชน โดยใจหลัก "เข้าใจ เข้าถึง ทั่วถึง"

H

Humility : ถ่อมตนอ่อนน้อม

มีสัมมาคารวะ มีน้ำใจ ไท้อภัย อับฟังความเห็น เสียสละเพื่อประโยชน์ส่วนรวม

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
โทร ๐ ๓๖๘๑๓ ๕๐๓-๔-๖ ต่อ ๑๐๙
โทรสาร ๐ ๓๖๘๑ ๓๕๐๒