



แผนกลยุทธ์ ประจำปีงบประมาณ 2569-2570

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคีรีรัฐนิคม
จังหวัดสุราษฎร์ธานี



คำนำ

แผนกลยุทธ์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙-๒๕๗๐ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นทิศทางในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสาธารณสุขสู่การปฏิบัติ โดยกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อนโยบายดังกล่าว ซึ่งประกอบด้วย เป้าหมาย นโยบายตามแผนบริหารราชการแผ่นดินของรัฐบาล เป้าหมายนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นโยบายของผู้ตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข เขต ๑๑ นโยบายของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี รวมทั้งนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอคีรีรัฐนิคม และนโยบายตามสภาพปัญหาสาธารณสุขระดับพื้นที่ของอำเภอคีรีรัฐนิคม

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคีรีรัฐนิคม ได้จัดทำแผนกลยุทธ์ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙-๒๕๗๐ ขึ้น โดยการระดมสมองจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มาจาก คณะกรรมการที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงานสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำท้องที่ ชมรมผู้สูงอายุ และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ได้ยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของประชาชนตามแนวคิดการบริหารภาครัฐแนวใหม่

ขอให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้นำแผนกลยุทธ์ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙-๒๕๗๐ ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่เพื่อขับเคลื่อนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และนโยบาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อให้ประชาชนอำเภอคีรีรัฐนิคม มีสุขภาวะ ตามเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคีรีรัฐนิคม

๕ มกราคม ๒๕๖๙

สารบัญ

	หน้า
ข้อมูลทั่วไป	
ข้อมูลทั่วไป อำเภอศรีรัตนนิคม	๑
ข้อมูลสถานะสุขภาพ	๙
วิสัยทัศน์/พันธกิจ/แผนที่กลยุทธ์	๑๕
ประเด็นยุทธศาสตร์/เป้าประสงค์/ตัวชี้วัด	๑๖
รายละเอียดตัวชี้วัด	
เป้าประสงค์ที่ ๑ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี	๒๗
เป้าประสงค์ที่ ๒ : G๒ การบริหารและบริการมีมาตรฐาน และเข้าถึงง่าย	๙๑
เป้าประสงค์ที่ ๓ : G๓ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ	๑๒๐
เป้าประสงค์ที่ ๔ : G๔ ระบบการเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพ	๑๒๒
เป้าประสงค์ที่ ๕ : G๕ การจัดการเมืองสมุนไพรและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประสิทธิภาพ	๑๓๙
เป้าประสงค์ที่ ๖ : G๖ ภาครัฐและเครือข่ายบริการสุขภาพเข้มแข็ง	๑๕๗
เป้าประสงค์ที่ ๗ : G๗ การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ	๑๗๕
เป้าประสงค์ที่ ๘ : G๘ ระบบการติดตามประเมินผลมีประสิทธิภาพ	๑๗๘
เป้าประสงค์ที่ ๙ : G๙ บุคลากรมีสมรรถนะ	๑๘๘
เป้าประสงค์ที่ ๑๐ : G๑๐ บุคลากรมีความสุข	๑๙๑
เป้าประสงค์ที่ ๑๑ : G๑๑ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทันสมัย	๑๙๓
เป้าประสงค์ที่ ๑๒ : G๑๒ สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพดี	๑๙๕

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑.๑ ประวัติศาสตร์อำเภอศรีรัตนนิคม

อำเภอศรีรัตนนิคม เดิมเป็นเมืองศรีรัฐรวมอยู่ในอาณาจักรศรีวิชัย ตัวเมืองอยู่ที่ริมฝั่งซ้ายแม่น้ำพุมดวง ซึ่งเป็นที่ตั้งอำเภอศรีรัตนนิคมในปัจจุบัน เมื่อปี พ.ศ. ๒๔๓๑ (ร.ศ. ๑๐๗) พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้เปลี่ยนชื่อ อำเภอศรีรัตนนิคม เป็นอำเภอท่าขนอน ซึ่งแต่เดิมที่เมืองนี้เป็นท่าด่านเก็บภาษีอากร หัวเมืองทางตะวันตก ซึ่งมีแม่น้ำสำคัญ ๒ สาย คือ แม่น้ำพุมดวง และแม่น้ำคลองยันซึ่งเป็นสายโลหิตเส้นใหญ่ของอำเภอท่าขนอน

พ.ศ. ๒๕๐๔ รัฐบาลเห็นว่าชื่ออำเภอที่ใช้ยังไม่ถูกต้องตามสภาพท้องถิ่น เพื่อให้ถูกต้องตามความเหมาะสมกับสภาพท้องถิ่นในปัจจุบัน และเพื่อรักษาไว้ซึ่งประวัติศาสตร์แห่งท้องถิ่น เพราะเมืองนี้มีภูเขาล้อมรอบ จึงให้ประกาศให้ชื่อว่า “ศรีรัตนนิคม” ตั้งแต่วันที่ ๑๒ เมษายน ๒๕๐๔ เป็นต้นมา

พ.ศ. ๒๕๒๖ สภาตำบลตะกุกเหนือและตะกุกใต้ ได้ประชุมลงมติเห็นชอบร่วมกัน แยกตำบลตะกุกเหนือและตะกุกใต้ ออกจากอำเภอศรีรัตนนิคมให้ไปรวมเป็นอำเภอใหม่ โดยทำหนังสือทูลขออนุญาต ตั้งชื่อว่า “กิ่งอำเภอวิภาวดี” เพื่อเป็นการเทิดพระเกียรติพระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าวิภาวดีรังสิต ซึ่งได้เคยเสด็จประทับที่ตำบลตะกุกเหนือ (บ้านท่านหญิง) และตำบลตะกุกใต้ (บ้านคลองพาย) หลายครั้งในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๑๕ – ๒๕๑๗



แผนภาพที่ ๑.๑ แผนที่อำเภอศรีรัตนนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๑.๒ คำขวัญอำเภอศรีรัตนนิคม

“เมืองเก่าเขารату สายน้ำคู่พุมดวงคลองยัน โบราณสถานสำคัญถ้ำสิงขร มีบ่อน้ำร้อน คลองน้ำใส บารมียิ่งใหญ่หลวงพ่อเชื่อม”

๑.๓ ที่ตั้งและอาณาเขต

๑.๓.๑ ที่ตั้ง อำเภอคีรีรัฐนิคมตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัดสุราษฎร์ธานี มีพื้นที่ทั้งหมด ๕๑๑,๕๐๕ ไร่อยู่ห่างจากตัวจังหวัดประมาณ ๕๖ กิโลเมตร

๑.๓.๒ อาณาเขต

ทิศเหนือ	ติดต่อกับ	อำเภอวิภาวดี
ทิศใต้	ติดต่อกับ	อำเภอเคียนซา
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับ	อำเภอพุนพิน
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับ	อำเภอบ้านตาขุน

๑.๔ ลักษณะภูมิประเทศ

เป็นที่ราบสูงประกอบด้วยภูเขาสลับซับซ้อนมีที่ราบลุ่มเพียงเล็กน้อยอยู่ทางทิศตะวันออกของอำเภอ มีแม่น้ำสำคัญ ๒ สาย คือ แม่น้ำพุมดวง และแม่น้ำคลองยัน

๑.๕ การปกครองและประชากร

อำเภอคีรีรัฐนิคม แบ่งการปกครองเป็น ๘ ตำบล ๘๕ หมู่บ้านมีจำนวนครัวเรือนทั้งหมด ๑๗,๘๐๔ ครัวเรือน จำนวนประชากรทั้งสิ้น ๔๒,๐๙๙ คน ชาย ๒๐,๙๙๓ คน หญิง ๒๑,๑๐๖ คน มีองค์การบริหารส่วนตำบล ๘ ตำบล มีเทศบาล ๑ แห่ง คือ เทศบาลตำบลท่าขนอน

ตารางที่ ๑.๑ เขตการปกครองจำแนกรายตำบล/จำนวนหมู่บ้าน/จำนวนหลังคาเรือน/จำนวนประชากร/ประจำปี ๒๕๖๘

ลำดับ	ตำบล	จำนวนหมู่บ้าน	จำนวนหลังคาเรือน	จำนวนประชากร (คน)		
				ชาย	หญิง	รวม
๑.	ตำบลท่าขนอน	๑๕	๒,๔๗๙	๓,๑๘๔	๓,๑๓๑	๖,๓๑๕
๒.	ตำบลบ้านยาง	๑๑	๑,๔๗๑	๑,๘๖๔	๑,๙๔๕	๓,๘๐๙
๓.	ตำบลน้ำหัก	๑๑	๑,๙๗๑	๒,๒๓๕	๒,๑๘๙	๔,๔๒๔
๔.	ตำบลกะเปา	๑๐	๑,๕๓๘	๑,๙๐๘	๑,๙๐๕	๓,๘๑๓
๕.	ตำบลท่ากระดาน	๙	๑,๑๘๐	๑,๕๒๙	๑,๕๖๙	๓,๐๙๘
๖.	ตำบลย่านยาว	๑๐	๑,๙๘๖	๒,๔๒๐	๒,๓๗๖	๔,๗๙๖
๗.	ตำบลถ้ำสิงขร	๑๐	๒,๓๑๐	๒,๔๗๕	๒,๕๗๓	๕,๐๔๘
๘.	ตำบลบ้านทำเนียบ	๙	๔,๘๖๙	๕,๓๗๘	๕,๔๑๘	๑๐,๗๙๖
รวม		๘๕	๑๗,๘๐๔	๒๐,๙๙๓	๒๑,๑๐๖	๔๒,๐๙๙

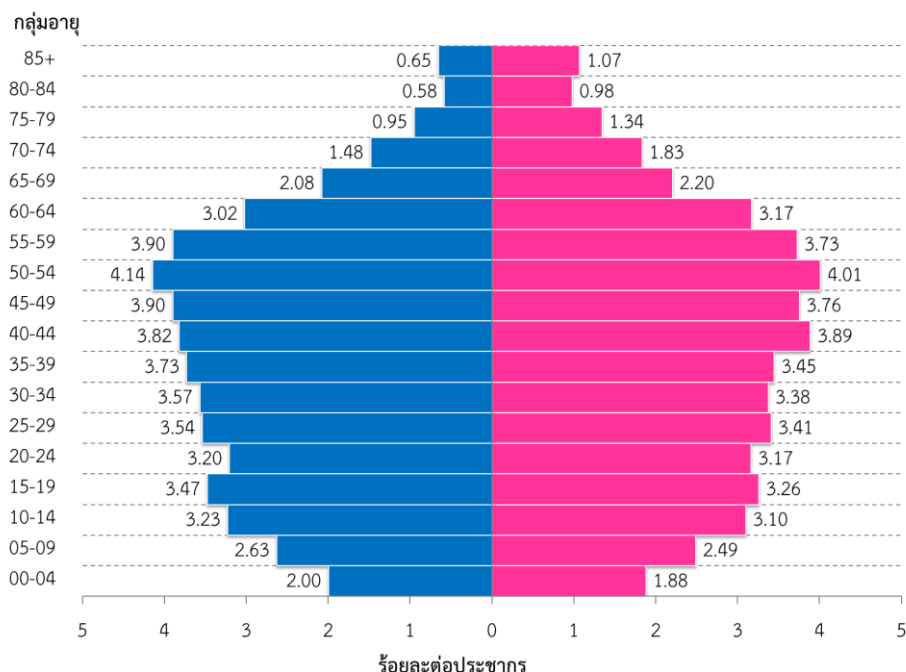
ที่มา : ระบบบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

ตารางที่ ๑.๒ จำนวนและร้อยละของประชากรกลางปี ๒๕๖๘ จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
๐ - ๔	๘๔๐	๒.๐๐	๗๙๒	๑.๘๘	๑,๖๓๒	๓.๘๘
๕-๙	๑๑๐๖	๒.๖๓	๑๐๔๙	๒.๔๙	๒,๑๕๕	๕.๑๒
๑๐-๑๔	๑๓๕๘	๓.๒๓	๑๓๐๖	๓.๑๐	๒,๖๖๔	๖.๓๓
๑๕ - ๑๙	๑๔๖๒	๓.๔๗	๑๓๗๓	๓.๒๖	๒,๘๓๕	๖.๗๓
๒๐ - ๒๔	๑๓๔๙	๓.๒๐	๑๓๓๓	๓.๑๗	๒,๖๘๒	๖.๓๗
๒๕ - ๒๙	๑๔๘๙	๓.๕๔	๑๔๓๖	๓.๔๑	๒,๙๒๕	๖.๙๕
๓๐ - ๓๔	๑๕๐๑	๓.๕๗	๑๔๒๑	๓.๓๘	๒,๙๒๒	๖.๙๔
๓๕ - ๓๙	๑๕๖๙	๓.๗๓	๑๔๕๒	๓.๔๕	๓,๐๒๑	๗.๑๘
๔๐ - ๔๔	๑๖๐๘	๓.๘๒	๑๖๓๘	๓.๘๙	๓,๒๔๖	๗.๗๑
๔๕ - ๔๙	๑๖๔๑	๓.๙๐	๑๕๘๑	๓.๗๖	๓,๒๒๒	๗.๖๕
๕๐ - ๕๔	๑๗๔๕	๔.๑๔	๑๖๘๙	๔.๐๑	๓,๔๓๔	๘.๑๖
๕๕ - ๕๙	๑๖๔๐	๓.๙๐	๑๕๗๐	๓.๗๓	๓,๒๑๐	๗.๖๒
๖๐ - ๖๔	๑๒๗๑	๓.๐๒	๑๓๓๖	๓.๑๗	๒,๖๐๗	๖.๑๙
๖๕ - ๖๙	๘๗๕	๒.๐๘	๙๒๘	๒.๒๐	๑,๘๐๓	๔.๒๘
๗๐ - ๗๔	๖๒๓	๑.๔๘	๗๗๒	๑.๘๓	๑,๓๙๕	๓.๓๑
๗๕ - ๗๙	๓๙๘	๐.๙๕	๕๖๖	๑.๓๔	๙๖๔	๒.๒๙
๘๐ - ๘๔	๒๔๔	๐.๕๘	๔๑๓	๐.๙๘	๖๕๗	๑.๕๖
๘๕ ขึ้นไป	๒๗๔	๐.๖๕	๔๕๑	๑.๐๗	๗๒๕	๑.๗๒
รวม	๒๐,๙๙๓	๔๙.๘๗	๒๑,๑๐๖	๕๐.๑๓	๔๒,๐๙๙	๑๐๐.๐๐

ที่มา : ระบบบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

แผนภูมิที่ ๑.๑ ปิรามิดประชากรกลางปี ๒๕๖๘ อำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี



จากแผนภูมิปิรามิดประชากรจำแนกตามกลุ่มอายุจะเห็นว่ากลุ่มอายุมากเป็นอันดับหนึ่ง คือ กลุ่มอายุ ๕๐ - ๕๔ ปี รองลงมาคือกลุ่มอายุ ๔๕ - ๔๙ ปีและกลุ่มอายุ ๕๕ - ๕๙ ปี ซึ่งลักษณะของปิรามิดประชากรเป็นทรงระฆังซึ่งเป็นประชากรที่กำลังพัฒนาด้านประชากรและแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของประชากรในอนาคต ๑๐ - ๒๐ ปีข้างหน้าจะมีการชะลอการดูแลด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุมากขึ้น

๑.๖ การคมนาคม คีรีรัฐนิคมมีการคมนาคม สำคัญ ๒ ส่วน คือ การคมนาคมทางรถยนต์ และรถไฟ

ทางรถยนต์

- ทางหลวงแผ่นดินหมายเลข ๔๑๐๐ แยกจากถนนหมายเลข ๔๐๑ บริเวณตำบลบ้านท่าเนียบถึงอำเภอคีรีรัฐนิคม ระยะทาง ๑๒ กิโลเมตร
- ถนน รพช.จากบ้านหนองไทร ตำบลหนองไทร อำเภอพุนพิน ถึง อำเภอคีรีรัฐนิคม ระยะทาง ๓๐ กิโลเมตร
- ถนน รพช. แยกจากกิโลเมตรที่ ๑๙ ตำบลบางมะเตือ อำเภอพุนพิน ถึง อำเภอคีรีรัฐนิคม ระยะทาง ๒๕ กิโลเมตร

ทางรถไฟ

- เส้นทางจากสถานีรถไฟสุราษฎร์ธานี อำเภอพุนพิน ถึง อำเภอคีรีรัฐนิคม

๑.๗ เศรษฐกิจ

ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม พืชที่ปลูกมากได้แก่ยางพารา ปาล์มน้ำมัน ไม้ผล รายได้เฉลี่ยต่อหัวของประชากรประมาณ ๗๘,๖๐๖ บาท/คน/ ปี

๑.๘ สังคม

๑.๘.๑ การศึกษา

- ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	๒๒	ศูนย์
- โรงเรียนประถมศึกษา	๒๖	โรง
- โรงเรียนเอกชนระดับประถมศึกษา	๑	โรง
- โรงเรียนมัธยมศึกษา	๒	โรง

๑.๘.๒ ศาสนา ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ศาสนสถานที่สำคัญ ประกอบด้วย

- วัด	๑๘	แห่ง
- สำนักสงฆ์	๔	แห่ง
- โบสถ์คริสต์	๑	แห่ง

๑.๙ ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุข

๑.๙.๑ สถานบริการสาธารณสุข

ตารางที่ ๑.๓ จำนวนสถานพยาบาล /สถานบริการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ประเภทสถานบริการ	จำนวน (แห่ง)
สถานบริการของรัฐ	
- โรงพยาบาลชุมชน ๓๐ แห่ง	๑
- ศูนย์สุขภาพชุมชน	๑
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๙
สถานบริการของเอกชน	
- คลินิกแพทย์	๑
- คลินิกการพยาบาลและผดุงครรภ์	๑๗
- ร้านขายยาแผนโบราณ	๒
- ร้านขายยาแผนปัจจุบัน (มีเภสัชกร)	๗

หมายเหตุ : ข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

๑.๙.๒ บุคลากรสาธารณสุข

ตารางที่ ๑.๔ จำนวนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากร ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
แยกตามหน่วยงานสังกัด

บุคลากร	รพช.	สตอ.	รวมทั้งหมด	อัตราส่วน : ประชากร
แพทย์	๗	๐	๗	๖,๐๑๔
ทันตแพทย์	๓	๐	๓	๑,๔๐๓
เภสัชกร	๗	๐	๗	๖,๐๑๔
พยาบาลวิชาชีพ	๕๖	๙	๖๕	๖,๔๗๖
พยาบาลเทคนิค	-	-	-	-
จพ.สาธารณสุข	๒	๓	๕	๘,๔๑๙
จพ.ทันตสาธารณสุข	๒	๗	๙	๔,๖๗๗
จพ.เภสัชฯ	๕	-	๕	๘,๔๑๙
ผอ.รพ.สต., สตอ.	๐	๙	๙	๔,๖๗๗
นักวิชาการสาธารณสุข	๑๓	๒๖	๓๙	๑,๐๗๙
จนท. อื่น ๆ	๑๑๔	๓๒	๑๔๖	๒,๘๘๓
นักจัดการงานทั่วไป	๑	๐	๑	๔๒,๐๙๙
จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์	๑	๐	๑	๔๒,๐๙๙
พนักงานการแพทย์และรังสีเทคนิค	๒	๐	๒	๒๑,๐๔๙
จพ.ธุรการ	๕	๑๑	๑๖	๒,๖๓๑
จพ.การเงินและบัญชี	๓	๐	๓	๑๔,๐๓๓
จพ.เวชสถิติ	๒	๐	๒	๒๑,๐๔๙
รวม	๒๒๓	๙๗	๓๒๐	

ที่มา : ข้อมูลจำนวนบุคลากรอำเภอคีรีรัฐนิคม ณ วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๘

ตารางที่ ๑.๕ จำนวนและอัตราส่วนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อประชากรในเขตรับผิดชอบ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ แยกรายสถานบริการ

ลำดับ	สถานบริการ	จำนวน ประชากร	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข									อัตราส่วน ต่อประชากร
			ผอ.รพ. สต.	จพ. สต.	นวก.	ทัน ตากร บาล	พยา บาล	แผน ไทย/ ผช.	ผช.สต	จพ. รุกรการ	รวม	
๑	ศสช.ท่าขนอน	๖,๓๑๕	๐	๐	๓	๑	๑	๐	๐	๒	๗	๙๐๒.๑๔
๒	รพ.สต.แสงอรุณ	๕,๘๔๘	๑	๐	๓	๑	๐	๑	๓	๑	๑๐	๕๘๔.๘๐
๓	รพ.สต.บ้านท่าเนียบ	๔,๙๔๘	๑	๑	๒	๑	๑	๑	๒	๑	๑๐	๔๙๔.๘๐
๔	รพ.สต.ถ้ำสิงขร	๕,๐๔๘	๑	๐	๔	๑	๐	๑	๐	๒	๙	๕๐๐.๘๘
๕	รพ.สต.ย่านยาว	๑,๗๖๔	๑	๐	๒	๐	๒	๑	๒	๐	๘	๒๒๐.๕๐
๖	รพ.สต.ย่านมะปราง	๓,๐๓๒	๑	๑	๒	๐	๑	๑	๓	๐	๙	๓๓๖.๘๘
๗	รพ.สต.กะเปา	๓,๘๑๓	๑	๐	๒	๐	๑	๑	๓	๑	๙	๔๒๓.๖๖
๘	รพ.สต.บ้านยาง	๓,๘๐๙	๑	๐	๒	๑	๑	๑	๖	๒	๑๔	๒๗๒.๐๗
๙	รพ.สต.น้ำหัก	๔,๔๒๔	๑	๐	๔	๑	๑	๑	๓	๑	๑๒	๓๖๘.๖๖
๑๐	รพ.สต.ท่ากระดาน	๓,๐๙๘	๑	๑	๒	๑	๑	๑	๑	๑	๙	๓๔๔.๒๒
รวม		๔๒,๐๙๙	๙	๓	๒๖	๗	๙	๙	๒๓	๑๑	๙๗	๔๓๔.๐๑

๑.๙.๓ อาสาสมัครสาธารณสุข

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน ๑,๐๘๖ คน

ตารางที่ ๑.๖ จำนวนและความครอบคลุมของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ต่อหลังคาเรือนและประชากร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘
แยกรายสถานบริการ

ลำดับ	สถานบริการ	จำนวน หลังคาเรือน (สำรวจ)	จำนวน ประชากร (ทร.)	จำนวน อสม. (คน)	ความครอบคลุม อสม. : หลังคาเรือน	ความครอบคลุม อสม. : ประชากร
๑	ศสช.ท่าขนอน	๒,๔๗๙	๖,๓๑๕	๑๕๔	๑๖.๐๙	๔๑.๐๐
๒	รพ.สต.แสงอรุณ	๓,๓๖๒	๕,๘๔๘	๑๓๕	๒๔.๙๐	๔๓.๓๑
๓	รพ.สต.บ้านทำเนียบ	๑,๕๐๗	๔,๙๔๘	๑๒๔	๑๒.๑๕	๓๙.๙๐
๔	รพ.สต.ถ้ำสิงขร	๒,๓๑๐	๕,๐๔๘	๑๒๓	๑๘.๗๘	๔๑.๐๔
๕	รพ.สต.ย่านยาว	๙๖๗	๑,๗๖๔	๔๓	๒๒.๔๘	๔๑.๐๒
๖	รพ.สต.ย่านมะปราง	๑,๐๑๙	๓,๐๓๒	๗๘	๑๓.๐๖	๓๘.๘๗
๗	รพ.สต.กะเปา	๑,๕๓๘	๓,๘๑๓	๑๒๐	๑๒.๘๑	๓๑.๗๗
๘	รพ.สต.บ้านยาง	๑,๔๗๑	๓,๘๐๙	๑๐๒	๑๔.๔๒	๓๗.๓๔
๙	รพ.สต.น้ำหัก	๑,๙๗๑	๔,๔๒๔	๑๑๒	๑๗.๕๙	๓๙.๕๐
๑๐	รพ.สต.ท่ากระดาน	๑,๑๘๐	๓,๐๙๘	๙๕	๑๒.๔๒	๓๒.๖๑
รวม		๑๗,๘๐๔	๔๒,๐๙๙	๑,๐๘๖	๑๖.๓๙	๓๘.๗๖

ที่มา : ทะเบียนอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอคีรีรัฐนิคม ณ วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

ส่วนที่ ๒

ข้อมูลสถานะสุขภาพ

๒.๑. สถิติชีพ

ตารางที่ ๒.๑ จำนวนและอัตราสถิติชีพ ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘

รายการ	๒๕๖๖		๒๕๖๗		๒๕๖๘	
	จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา
อัตราเกิด (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร)	๓๗๑	๘.๗๘	๒๗๙	๕.๖๕	๒๓๙	๕.๖๗
อัตราตาย (ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร)	๒๘๔	๕.๘๗	๒๕๔	๖.๐๑	๒๒๑	๕.๒๔
อัตราเพิ่มตามธรรมชาติ (ต่อ ๑๐๐ ประชากร)	๘๗	๐.๒๐	๒๔	๐.๐๕	๑๘	๐.๐๔
อัตราทารกแรกเกิดตาย(อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน) (ต่อ ๑,๐๐๐ เกิดมีชีพ)	๐	๐	๐	๐	๐	๐
อัตรามารดาตาย (ต่อ ๑๐๐,๐๐๐ เกิดมีชีพ)	๑๓	๑.๐๐	NA	NA	NA	NA

ที่มา : - สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (ณ วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๘)

จากตารางจะเห็นได้ว่าอัตราเกิดในปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ อัตราเกิดสูงกว่าอัตราตาย เนื่องจากประชาชนประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์เพิ่มขึ้น มีบริการเชิงรุกในพื้นที่ การคัดกรองโรคต่างๆ กำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

๒.๒. งานบริการสาธารณสุข

ตารางที่ ๒.๒ จำนวนและอัตราผู้มารับบริการในสถานบริการของรัฐ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘

รายการ	๒๕๖๖		๒๕๖๗		๒๕๖๘	
	จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา	จำนวน (คน)	อัตรา
๑. ผู้ป่วยรับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก (ร้อยละของประชากร)	๕๙,๙๖๑	๑๓๖.๑๒	๕๘,๐๙๐	๑๓๗.๘๔	๑๐๓,๙๒๘	๒๔๖.๐๖
๒. ผู้ป่วยรับการรักษาแผนกผู้ป่วย ใน (ร้อยละของประชากร)	๕,๘๙๖	๑๓.๓๘	๕,๖๔๘	๑๓.๔๐	๖,๖๑๙	๑๕.๖๗
๓. ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อภายใน จังหวัด (ร้อยละของผู้ป่วยนอก)	๑,๙๘๓	๔.๕	๑,๖๖๑	๓.๙	๔,๘๖๐	๑๑.๕๑
๔. ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อต่างจังหวัด (ร้อยละของผู้ป่วยนอก)	๐	๐	๐	๐	๐	๐

ที่มา : โปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center : HDC) (ณ วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๘)

ที่มา : โปรแกรม Hosxp ver.๔ เข้าถึงเมื่อ วันที่ ๗ ต.ค.๖๘ (ส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อภายในจังหวัด)

จากตารางจะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยรับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในปี ๒๕๖๘ มีจำนวนมากที่สุด (๑๐๓,๙๒๘ คน) จำนวนผู้ป่วยรับการรักษาแผนกผู้ป่วยในในปี ๒๕๖๘ มีจำนวนมากที่สุด (๖,๖๑๙ คน) จำนวนการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อภายในจังหวัดในปี ๒๕๖๘ มีจำนวนมากที่สุด (๔,๘๖๐ คน) และในปี ๒๕๖๖ - ๒๕๖๘ ไม่พบการส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อต่างจังหวัด

๒.๓. สาเหตุการตาย

ตารางที่ ๒.๓ สาเหตุการตาย ๑๐ อันดับแรกของอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปี พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘

(อัตราต่อประชากรแสนคน)

ปี ๒๕๖๖			ปี ๒๕๖๗			ปี ๒๕๖๘		
ชื่อโรค	จำนวน	อัตรา	ชื่อโรค	จำนวน	อัตรา	ชื่อโรค	จำนวน	อัตรา
การหายใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	๑๓	๓๐.๗๙	การหายใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	๒๑	๔๙.๘๓	หัวใจล้มเหลว	๑๕	๓๕.๖๓
การติดเชื้อในกระแส เลือด ไม่ระบุชนิด	๑๓	๓๐.๗๙	การติดเชื้อใน กระแสเลือด ไม่ ระบุชนิด	๑๗	๔๐.๓๓	วัยชรา	๑๔	๓๓.๒๕
หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	๖	๑๔.๒๑	ปอดบวม ไม่ระบุ รายละเอียด	๑๑	๒๖.๑๐	การหายใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	๙	๒๑.๓๘
โรคอัมพาตฉับพลัน ไม่ระบุสาเหตุเกิดจาก เลือดออกหรือเนื้อ สมองตายเพราะขาด เลือด	๖	๑๔.๒๑	หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	๙	๒๑.๓๕	หัวใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	๘	๑๙.๐๐
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่ระบุรายละเอียด	๕	๑๑.๘๔	การหายใจล้มเหลว ไม่ระบุรายละเอียด	๘	๑๘.๙๘	ความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	๗	๑๖.๖๓
ปอดบวม ไม่ระบุ รายละเอียด	๕	๑๑.๘๔	โรคของหลอดเลือด สมอง	๘	๑๘.๙๒	Septic shock	๗	๑๖.๖๓
Septic shock	๔	๙.๔๗	วัยชรา	๗	๑๖.๖๑	มะเร็ง ณ จุดเริ่ม ของหลอดเลือด และปอด	๖	๑๔.๒๕
เนื้องอกร้ายของ หลอดเลือดหรือปอด ไม่ระบุตำแหน่ง	๔	๙.๔๗	โรคปอดอุดกั้น เรื้อรัง ไม่ระบุรายละเอียด	๗	๑๖.๖๑	โรคอัมพาตฉับพลัน ไม่ระบุสาเหตุเกิดจาก เลือดออกหรือเนื้อ สมองตายเพราะ ขาดเลือด	๕	๑๑.๘๘
โรคหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันแบบอื่น	๔	๙.๔๗	มะเร็งเซลล์ตับ	๕	๑๑.๘๖	โรคของหลอดเลือด สมอง ไม่ระบุ รายละเอียด	๔	๙.๕๐
ความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ (ปฐมภูมิ)	๔	๙.๔๗	ความดันโลหิตสูง ไม่ทราบสาเหตุ	๔	๙.๔๙	การติดเชื้อใน กระแสเลือด ไม่ระบุชนิด	๔	๙.๕๐

ที่มา : โปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center : HDC) (ณ วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๘)

จากตารางจะเห็นได้ว่า ในปี ๒๕๖๖ สาเหตุการตายด้วยการหายใจล้มเหลวมากที่สุด (๓๐.๗๙) รองลงมาคือหัวใจล้มเหลว (๑๔.๒๑) และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (๑๑.๘๔) ปี ๒๕๖๗ สาเหตุการตายด้วยหัวใจล้มเหลวมากที่สุด (๔๙.๘๓) รองลงมาคือการติดเชื้อในกระแสเลือด (๔๐.๓๓) และปวดบวม (๒๖.๑๐) ปี ๒๕๖๘ สาเหตุการตายการติดเชื้อในกระแสเลือดมากที่สุด (๑๑๒๑.๑๖) รองลงมาคือวัณโรค (๗๒๒.๑๐) และหัวใจล้มเหลว (๕๒๔.๙๕)

๒.๔. สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอก

ตารางที่ ๒.๔ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกตามกลุ่มโรค ๑๐ อันดับแรกของอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัด สุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘ (อัตราต่อประชากรแสนคน)

ปี ๒๕๖๖			ปี ๒๕๖๗			ปี ๒๕๖๘		
ชื่อกลุ่มโรค (๒๙๘โรค)	จำนวน	อัตรา	ชื่อกลุ่มโรค (๒๙๘โรค)	จำนวน	อัตรา	ชื่อกลุ่มโรค (๒๙๘โรค)	จำนวน	อัตรา
๑๔๕ ความดันโลหิตสูง ที่ไม่มีสาเหตุ	๑๑,๘๐๒	๒๗,๙๕๔	๑๔๕ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	๑๒,๗๗๑	๓๐,๓๐๓	๑๔๕ ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุ	๑๓,๗๖๙	๓๒,๗๐๖
๑๐๔ เบาหวาน	๕,๖๑๒	๑๓,๒๕๓	๒๐๗ เนื้อเยื่อผิดปกติ	๑๐,๓๗๗	๒๔,๖๒๓	๒๐๗ เนื้อเยื่อผิดปกติ	๑๑,๓๔๗	๒๖,๙๕๓
๑๖๗ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	๓,๒๖๗	๗,๗๓๘	๑๖๗ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	๘,๖๑๕	๒๐,๔๔๒	๑๖๗ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่น ๆ	๗,๙๐๒	๑๘,๗๗๐
๒๐๗ เนื้อเยื่อผิดปกติ	๓,๐๑๗	๗,๑๔๖	๑๐๔ เบาหวาน	๗,๐๘๑	๑๖,๘๘๒	๑๐๔ เบาหวาน	๗,๘๒๔	๑๘,๕๘๔
๐๔๑ โรคจากไวรัสอื่น	๓,๐๑๔	๗,๑๓๙	๑๘๑ ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	๔,๒๙๗	๑๐,๑๙๖	๑๘๑ ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	๔,๐๙๒	๙,๗๑๙
๑๖๕ คออักเสบเฉียบพลันและต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน	๒,๕๑๑	๕,๙๔๘	๒๘๑ การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	๒,๕๙๖	๖,๑๕๙	๒๘๑ การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	๒,๖๗๐	๖,๓๔๒
๑๘๕ โรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอดินัม	๑,๙๙๙	๔,๗๓๕	๑๘๕ โรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอดินัม	๒,๕๙๔	๖,๑๕๕	๒๐๖ พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่น ๆ	๒,๔๒๓	๕,๗๕๕
๒๘๑ การบาดเจ็บกระดูกเฉพาะอื่น ๆ , ไม่ระบุเฉพาะและหลายบริเวณในร่างกาย	๑,๙๗๙	๔,๖๘๗	๑๙๙ โรคอื่นๆของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	๒,๓๘๘	๕,๖๖๖	๑๙๙ โรคอื่น ๆ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	๒,๓๙๑	๕,๖๗๙
๑๘๑ ความผิดปกติอื่น ๆ ของฟันและโครงสร้าง	๑,๙๖๓	๔,๖๕๐	๒๐๖ พยาธิสภาพของหลังส่วนอื่นๆ	๒,๑๔๘	๕,๐๙๖	๑๘๕ โรคอื่น ๆ ของหลอดอาหาร กระเพาะและดูโอดินัม	๒,๓๒๘	๕,๕๒๙
๑๘๘ โรคอักเสบติดเชื้อของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง	๑,๖๙๒	๔,๐๐๘	๑๗๕ โรคหลอดเลือดอักเสบถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	๑,๘๘๘	๔,๔๗๙	๑๗๕ โรคหลอดเลือดอักเสบถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	๒,๐๗๓	๔,๙๒๔

ที่มา : โปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center : HDC) (ณ วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๘)

จากตารางจะเห็นได้ว่า ในปี ๒๕๖๘ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกด้วยความดันโลหิตสูงมากที่สุด (๓๒,๗๐๖) รองลงมาคือเนื้อเยื่อผิดปกติ (๒๖.๙๕๓) และการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ (๑๘,๗๗๐) ปี ๒๕๖๗ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกด้วยความดันโลหิตสูงมากที่สุด (๓๐,๓๐๓) รองลงมาคือเนื้อเยื่อผิดปกติ (๒๔,๖๒๓) และการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ (๒๐,๔๔๒) และ ปี ๒๕๖๖ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยนอกด้วยความดันโลหิตสูงมากที่สุด (๒๗,๙๕๔) รองลงมาคือ เบาหวาน (๑๓,๒๙๓) และการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ (๗,๗๓๘)

๒.๕. สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยใน

ตารางที่ ๒.๕. สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในตามกลุ่มโรค ๑๐ อันดับแรก ของอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัด สุราษฎร์ธานี ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ – ๒๕๖๘ (อัตราต่อประชากรแสนคน)

ปี ๒๕๖๖			ปี ๒๕๖๗			ปี ๒๕๖๘		
ชื่อกลุ่มโรค (๒๙๘โรค)	จำนวน	อัตรา	ชื่อกลุ่มโรค (๒๙๘โรค)	จำนวน	อัตรา	ชื่อกลุ่มโรค (๒๙๘โรค)	จำนวน	อัตรา
๑๗๕ โรคหลอดเลือดอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจและปอด ชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	๓๖๓	๘๖๐	๑๗๕ โรคหลอดเลือดอักเสบ กล้ามเนื้อหัวใจและปอด ชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น	๔๑๑	๙๗๕	๑๗๕ โรคหลอดเลือดอักเสบ กล้าม เนื้อหัวใจและปอดชนิดอุดกั้นแบบ เรื้อรังอื่น	๔๕๓	๑,๐๗๖
๑๖๙ ปอดบวม	๓๐๒	๗๑๕	๑๗๐ หลอดลมอักเสบ เฉียบพลันและหลอดลม เล็กอักเสบเฉียบพลัน	๒๗๖	๖๕๔	๑๖๙ ปอดบวม	๔๓๗	๑,๐๓๘
๑๗๐ หลอดลมอักเสบ เฉียบพลันและหลอดลม เล็กอักเสบเฉียบพลัน	๒๘๗	๖๘๐	๑๖๙ ปอดบวม	๒๓๙	๕๖๗	๑๗๐ หลอดลมอักเสบเฉียบพลัน และหลอดลมเล็กอักเสบ เฉียบพลัน	๓๑๒	๗๔๑
๐๔๑ โรคจากไวรัสอื่น	๑๙๙	๔๗๑	๑๗๖ โรคหัวใจ	๒๐๓	๔๘๑	๑๗๖ โรคหัวใจ	๒๑๔	๕๐๘
๐๑๗ โลหิตเป็นพิษ	๑๙๘	๔๖๙	๒๖๗ ปวดท้อง และปวดอุ้งเชิงกราน	๑๖๘	๓๙๘	๐๐๖ โรคไส้อักเสบอื่น ๆ	๑๖๑	๓๘๒
๑๗๖ โรคหัวใจ	๑๗๓	๔๑๐	๒๑๗ โรคอื่นๆ ของระบบ ทางเดินปัสสาวะ	๑๖๑	๓๘๒	๑๕๔ เนื้องอกสมองตาย	๑๕๙	๓๗๗
๒๑๗ โรคอื่น ๆ ของระบบ ทางเดินปัสสาวะ	๑๕๐	๓๕๕	๑๕๕ เป็นลมหมดสติ ที่ไม่จัดกลุ่มว่าเป็นจาก เลือดออกในสมองหรือ เนื้องอกสมองตายจากการ ขาดเลือด	๑๔๒	๓๓๖	๒๖๗ ปวดท้อง และปวดอุ้งเชิงกราน	๑๕๓	๓๖๓

๒๖๗ ปวดท้องและ ปวดอุ้งเชิงกราน	๑๓๔	๓๑๗	๐๔๑ โรคจากไวรัสอื่น	๑๓๖	๓๒๒	๒๗๘ การบาดเจ็บภายใน กะโหลกศีรษะ	๑๓๙	๓๓๐
๑๕๑ หัวใจล้มเหลว	๑๓๑	๓๑๐	๑๙๘ โรคอักเสบติดเชื้อ ของผิวหนังและเนื้อเยื่อใต้ ผิวหนัง	๑๒๘	๓๐๓	๑๕๑ หัวใจล้มเหลว	๑๓๕	๓๒๐
๐๓๒ ใช้จากไวรัสที่นำโดย แมลงและใช้เลือดออกที่ เกิดจากไวรัสอื่น ๆ	๑๒๒	๒๘๙	๒๗๘ การบาดเจ็บภายใน กะโหลกศีรษะ	๑๒๒	๒๘๙	๒๑๗ โรคอื่น ๆ ของระบบ ทางเดินปัสสาวะ	๑๒๗	๓๐๑

ที่มา : โปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center : HDC) (ณ วันที่ ๗ ตุลาคม ๒๕๖๘)

จากตารางจะเห็นได้ว่า ในปี ๒๕๖๘ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพอง และปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่นมากที่สุด (๑,๐๗๖) รองลงมาคือปอดบวม (๑,๐๓๘) และหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลันและหลอดเลือดเล็กอักเสบเฉียบพลัน (๗๔๑.๑๑) ปี ๒๕๖๗ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่นมากที่สุด (๗๙๕) รองลงมาคือหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลันและหลอดเลือดเล็กอักเสบเฉียบพลัน (๖๕๔) และปอดบวม (๕๖๗) และในปี ๒๕๖๖ สาเหตุการป่วยของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดอักเสบ ถุงลมโป่งพองและปอดชนิดอุดกั้นแบบเรื้อรังอื่น (๘๖๐) รองลงมาคือปอดบวม (๗๑๕) และหลอดเลือดอักเสบเฉียบพลันและหลอดเลือดเล็กอักเสบเฉียบพลัน (๖๘๐)

แผนที่กลยุทธ์เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคม

วิสัยทัศน์: “ต้นแบบสังคมสูงวัย ส่งเสริมสมุนไพรเมืองศรี เทคโนโลยีทันสมัย ห่างไกล NCDs ภายในปี ๒๕๗๐”

- พันธกิจ :
๑. พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัย และส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม
 ๒. พัฒนาการจัดการทรัพยากรสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ
 ๓. ส่งเสริมการใช้สมุนไพร ในการดูแลสุขภาพ และพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
 ๔. พัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี
 ๕. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ

ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔	ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๕
การพัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกกลุ่มวัย และส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	การพัฒนาการจัดการทรัพยากรสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพ	การส่งเสริมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ และพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	การพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี	การส่งเสริมการใช้เทคโนโลยี ในการดูแลสุขภาพ

ประสิทธิผล

G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

คุณภาพบริการ

G๒ การบริหารและการบริการมีมาตรฐาน และเข้าถึงง่าย

G๓ ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ประสิทธิภาพ

G๔ ระบบการเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพ

G๕ การจัดการเมืองสมุนไพรและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประสิทธิภาพ

พัฒนาองค์กร

G๖ ภาครัฐและเครือข่ายบริการสุขภาพเข้มแข็ง

G๗ การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ

G๘ ระบบการติดตามประเมินผลมีประสิทธิภาพ

G๙ บุคลากรมีสมรรถนะ

G๑๐ บุคลากรมีความสุข

G๑๑ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทันสมัย

G๑๒ สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ตัวชี้วัด อำเภอกีรีรัฐนิคม ปี๒๕๖๗ – ๒๕๗๐

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๑ ด้านประสิทธิผล						
G๑ ประชาชน มีสุขภาพดี	พัฒนาระบบการดูแล สุขภาพผู้รับบริการ ทุกกลุ่มวัย เน้นกลุ่มโรค เรื้อรัง (NCDs) กลุ่มโรค ฉุกเฉิน (๓S) ผู้สูงอายุ โรคติดต่อโรคติดต่อเชื้อ ในชุมชน งานจิตเวชและ ยาเสพติด	K๑ ความสำเร็จ ของประชาชนที่ มีสุขภาพดี ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	๑. อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	กลุ่มงาน ANC LR	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว
				๒. อัตราการตายของมารดาหลังคลอด (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิด มีชีพแสนคน)	กลุ่มงาน ANC LR	
				๓. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน		
				๔. ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง เพื่อวินิจฉัย DM/HT (≥ร้อยละ ๙๐)		
				๕. ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service (≥ร้อยละ ๖๐)		
				๖. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk (≥ร้อยละ ๘๐)	กลุ่มการพยาบาล	
				๗. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน (≥ร้อยละ ๗๒)		
				๘. ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐		
				๙. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคความดันโลหิตสูง (≥ ร้อยละ ๘๕)	กลุ่มการพยาบาล	
				๑๐. ร้อยละของผู้ป่วย DWHT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) (≥ร้อยละ ๙๐)	กลุ่มการพยาบาล	

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๑ ด้านประสิทธิภาพ						
G๑ ประชาชน มีสุขภาพดี	พัฒนาระบบการดูแล สุขภาพ ผู้รับบริการ ทุกกลุ่มวัย เน้นกลุ่มโรค เรื้อรัง (NCDs) กลุ่มโรค ฉุกเฉิน (๓S) ผู้สูงอายุ โรคติดต่อโรคติดต่อ ในชุมชน งานจิตเวชและ ยาเสพติด	K๑ ความสำเร็จ ของประชาชนที่ มีสุขภาพดี ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	๑๑. อัตราตายของผู้ป่วยใน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไม่เกินร้อยละ ๗	กลุ่มการพยาบาล คุณรัตนา พนมวัน ณ อยู่ธยา	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว
				๑๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ ๙	กลุ่มการพยาบาล คุณรัตนา พนมวัน ณ อยู่ธยา	
				๑๓. อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	กลุ่มการพยาบาล คุณสุณี คุ่มกัน	
				๑๔. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ≥ ๘๕	กลุ่มการพยาบาล คุณทิพวรรณ วิเชียร	
				๑๕. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	กลุ่มการพยาบาล คุณสุวรรณี นิยมจิตร	
				๑๖. ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	กลุ่มการพยาบาล คุณพรพนา รอดทอง	
				๑๗. ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหาร พื้นสภาวะระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือ จน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	กลุ่มการพยาบาล คุณอรุณยุพา ฤกษ์ดี	
				๑๘. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	กลุ่มงานจิตเวช คุณสรวิพร จันทร์แจ่ม	

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๒ ด้านคุณภาพบริการ						
G๒ การบริหาร และการ บริการมี มาตรฐานและ เข้าถึงง่าย	พัฒนาการบริหารจัดการ และการบริการสู่มาตรฐาน ขององค์กร จัดให้บริการ ผู้ป่วยแบบครบวงจร (S๑S๒S๘:O๑O๒O๓O๑๔)	K๒ ความสำเร็จใน การพัฒนาการ บริการและการ บริการมีมาตรฐาน และเข้าถึงง่าย ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	๑. ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเคแสน เฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๓.๕		คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว
				๒. ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus		
				๓. ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (๕๒ คะแนน)		
				๔. ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕		
				๕. โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐		
				๖. ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและ สนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๙		
				๗. ร้อยละของสถานบริการ ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพ การบริการ		
				๘. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตามกฎหมายกำหนด		
				๙. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสม กับประชาชน		

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๒ ด้านคุณภาพบริการ						
G๓ ผู้รับบริการ มีความพึง พอใจ	๑.พัฒนาระบบการสื่อสาร โดยการนำเทคโนโลยีมาใช้ ในหน่วยบริการและ มีช่องทางการประสานงาน ในเครือข่ายที่สะดวกและ รวดเร็ว มีการจัดบริการ แบบ one stop service เพื่อให้ผู้รับบริการมีความ พึงพอใจ (S๒S๕:O๓O๕)	K๓ ร้อยละความ พึงพอใจของ ผู้รับบริการ มี ความพึงพอใจ > ๘๕%	ร้อยละ ๘๕	๑. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีความพึงพอใจ > ๘๕%	คุณจุฑามาศ สุดสงวน	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๓ ด้านประสิทธิภาพ						
G๔ ระบบการเฝ้า ระวังโรคมี ประสิทธิภาพ	พัฒนาระบบการเฝ้าระวัง และป้องกันโรคให้ มีประสิทธิภาพโดยอาศัย การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายและ ความก้าวหน้าทาง เทคโนโลยีสารสนเทศ (S๒:O๖)	K๔ ความสำเร็จใน การเฝ้าระวังและ ป้องกันโรค มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๘๐	๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘ ๒. อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อ เทียบกับค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๖๐- ๒๕๖๔) ร้อยละ ๒๐ ๓. ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐ ๔. ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	๑.คุณนวรรรัตน์ ชูณรงค์ ๒.คุณจารุวรรณ คงชนะ ๑.คุณปิยะดา นาคสด ๒.คุณจิราภรณ์ แซ่ไคว้ ๑.คุณนวรรรัตน์ ชูณรงค์ ๒.นส.จริยาภรณ์ กีก เหลียม ๑.คุณสุรียา น้ำขาว ๒.คุณสุวรรณี นิยมจิตร	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

				๕. เด็กอายุ ๓-๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๒	๑.คุณจุฑามาศ สุขสม ๒.คุณภัทริยาภรณ์ ศรีบุรุษ	
--	--	--	--	---	--	--

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๓ ด้านประสิทธิภาพ						
G๕ การจัด การเมือง สมุนไพรมี ท้องถิ่นเชิง สุขภาพมี ประสิทธิภาพ	การจัดการเมืองสมุนไพร และท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มีประสิทธิภาพ (W5:O13: O14)	K๕ ร้อยละของ สถานบริการ มีการใช้ยา สมุนไพรในการ รักษาผู้ป่วย	ร้อยละ ๘๐	๑. อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และ ฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ ทางเลือก ร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๗๐)	๑. คุณจุฑามาศ สุขสม ๒. คุณศรีสกุล คงศรี	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว
				๒. ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผน ไทย	๑. คุณจุฑามาศ สุขสม ๒. คุณศรีสกุล คงศรี	
				๓. ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจต , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	๑. คุณจุฑามาศ สุขสม ๒. คุณศรีสกุล คงศรี	

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๓ ด้านประสิทธิภาพ						
G๕ การจัด การเมือง สมุนไพรรและ ท่องเที่ยวเชิง สุขภาพมี ประสิทธิภาพ	จำนวนของสถานประกอบการผ่านการยกระดับหรือแหล่งท่องเที่ยวผ่านมาตรฐานท่องเที่ยวเชิงภูมิปัญญาของอำเภอคีรีรัฐนิคม (S6:O9)	K๖ จำนวนของสถานประกอบการผ่านการยกระดับหรือแหล่งท่องเที่ยวผ่านมาตรฐานท่องเที่ยวเชิงภูมิปัญญาของอำเภอคีรีรัฐนิคม	ร้อยละ ๖๐	๑. ส่งเสริมสมุนไพรรในท้องที่เข้าสู่สินค้า OTOP และมีการจำหน่ายตามสถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ(ในปี ๒๕๗๐)	๑. คุณจุฑามาศ สุขสม ๒. คุณศรีสกุล คงศรี	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๓ ด้านประสิทธิภาพ						
G๖ ภาคีและ เครือข่าย บริการ สุขภาพ เข้มแข็ง	สร้างเครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็งภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลและการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของเครือข่ายและภาคีสุขภาพในพื้นที่ (S๖S๖:O๓O๑๐)	K๗ ความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง	ร้อยละ ๘๐	๑. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอคีรีรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรม ร้อยละ ๑๐๐ ๓. การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐ ๔. กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบลเบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐ ๕. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	คุณสุริยา น้ำขาว คุณสุริยา น้ำขาว คุณสุริยา น้ำขาว คุณสุริยา น้ำขาว คุณสุริยา น้ำขาว	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๓ ด้านประสิทธิภาพ						
G๗ การบริหาร การเงินการ คลังมี ประสิทธิภาพ	๑. พัฒนาศักยภาพการ สร้างรายได้จากบริการใน กลุ่มผู้ป่วยและผู้รับบริการ กลุ่มต่างๆ ในพื้นที่ ๒. ส่งเสริมการจัดการ ทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพโดยอาศัย ระบบเทคโนโลยี สารสนเทศที่ทันสมัยเข้ามา ช่วยในการดำเนินงาน ประกอบกับการสร้าง ความสัมพันธ์อันดีกับภาค ส่วนต่างๆ ในการสนับสนุน การบริการที่สามารถลด ต้นทุนบริการได้	K๘ ความสำเร็จ ในการบริหาร การเงินการคลังมี ประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๘๐	ความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ ร้อยละ ๘๐	คุณพัชรี ไผ่สุข	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๓ ด้านประสิทธิภาพ						
G๘ ระบบการ ติดตาม ประเมินผล มี ประสิทธิภาพ	ส่งเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ hardware software และ จัดตั้ง Data center เพื่อ นำเสนอและเชื่อมโยง ข้อมูลสำหรับ การบริหาร แผนงาน ติดตาม และ ประเมินผล ผ่านระบบ เทคโนโลยีสารสนเทศที่ ทันสมัย	K๙ ความสำเร็จ ใน การบริหาร แผนงาน ติดตาม และประเมินผล การดำเนินงานมี ประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๘๐	ความสำเร็จในการดำเนินโครงการ ตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	คุณสุริยา น้ำขาว คุณชาญณรงค์ สังข์เรียง	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว
				ความสำเร็จในการดำเนินโครงการ ตามแผนปฏิบัติการและ บรรลุวัตถุประสงค์ โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐		
				สสอ.ศิริรัฐนิคมและโรงพยาบาลศิริรัฐนิคมผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA ร้อยละ ๑๐๐		

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๔ พัฒนางองค์กร						
G๙ บุคลากรมี สมรรถนะ	พัฒนาความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน สมรรถนะที่เหมาะสมของบุคลากรแต่ละสายงานของบุคลากรอย่างเหมาะสม โดยสามารถนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนดำเนินการ บริหารจัดการที่เหมาะสม ตลอดจนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร	K๑๐ บุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	คุณสุริยา น้ำขาว คุณกันยกร แก้วพิชัย	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๔ พัฒนางองค์กร						
G๑๐ บุคลากรมี ความสุข	ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างเหมาะสม	K๑๑ ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer)	ร้อยละ ๗๐	ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ ๗๐	คุณพัชรี ใสสุข	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

เป้าประสงค์		ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๔ พัฒนางองค์กร						
G๑๑ ระบบ เทคโนโลยี สารสนเทศ ทันสมัย	พัฒนาระบบและกลไก เพื่อให้การบริหารและ จัดการเป็นไปอย่างมี ประสิทธิภาพโดยการ ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ ทันสมัยและเหมาะสม	K๑๒ ร้อยละของ ประชาชนมีดิจิทัล ไอดีเพื่อการเข้าถึง ระบบบริการ สุขภาพ	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละของประชาชนมีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการ สุขภาพ ร้อยละ ๙๐	คุณชาญณรงค์ สังข์เรียง	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๔ พัฒนางองค์กร						
G๑๒ สภาพแวดล้อม เอื้อต่อการมี สุขภาพดี	พัฒนาการจัดการ อาชีวอนามัย และ สิ่งแวดล้อมในสถานบริการ โดยใช้มาตรฐานบริการงาน อาชีวอนามัย และ สิ่งแวดล้อม และมาตรฐาน Green and Clean Hospital	K๑๓ โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์การ ประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป	คุณจิราภรณ์ แซ่โค้ว	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

เป้าประสงค์	กลยุทธ์การดำเนินงาน	ตัวชี้วัด KPIs	ค่าเป้าหมาย KPIs	ตัวชี้วัด U	ผู้รับผิดชอบ	ผู้กำกับติดตาม
มิติที่ ๔ พัฒนองค์กร						
G๑๒ สภาพแวดล้อม เอื้อต่อการมี สุขภาพดี	พัฒนาการจัดการ อาชีวอนามัย และ สิ่งแวดล้อมในสถานบริการ โดยใช้มาตรฐานบริการงาน อาชีวอนามัย และ สิ่งแวดล้อม และมาตรฐาน Green and Clean Hospital	K๑๔ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ผ่านเกณฑ์ การประเมิน GREEN & CLEAN Sub- district Health Promoting Hospital (GCSh)	ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	คุณจิราภรณ์ แซ่โค้ว	คุณเยาวดี โพกุล คุณบุญธรรม มิ่งแก้ว

เป้าประสงค์ที่ : G๑ : ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K๑ ความสำเร็จของประชาชนที่มีสุขภาพดี ร้อยละ ๗๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

กลยุทธ์:

พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้รับบริการทุกกลุ่มวัยเน้นกลุ่มโรคเรื้อรัง (NCDs) กลุ่มโรคฉุกเฉิน (๓S) ผู้สูงอายุ โรคติดต่อโรคติดเชื้อในชุมชน งานจิตเวชและยาเสพติด

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรควันโรค เป็นต้น

คำเป้าหมาย : K๑ ความสำเร็จของประชาชนที่มีสุขภาพดี ร้อยละ ๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๙	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๘	คำเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	แผน รพ. ร้อยละ ๗๕	๕๙.๗๘	๖๒	๖๕	๗๐	๗๕
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ไม่เกิน ๑๖ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	กระทรวง	๐	๑๗	๑๖	๑๕	๑๔
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ)	กระทรวง	๐	๓.๖๐	NA	NA	NA
ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	กระทรวง	NA	NA	๘๗	๘๘	๘๘
อัตราความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย	กระทรวง	NA	NA	๘๒	๘๓	๘๔
ระดับความรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕	กระทรวง	NA	NA	๕๓	๕๘	๖๓
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT ($\geq$ ร้อยละ ๗๐)	กระทรวง	๙๑.๙๕	๙๓	๗๐	๗๐	๗๐
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี)	กระทรวง	NA	NA	๓	๓	๓
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไปและระดับท้าทาย)	กระทรวง	NA	NA	๙๐	๙๕	๙๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของ ตัวชี้วัดและ ค่า เป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	กระทรวง	NA	NA	๓,๑๐๐ หน่วย	๔,๕๐๐ หน่วย	๕,๑๐๐ หน่วย
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	กระทรวง	NA	NA	๙๐	๙๐	๙๐
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: ๒๖๐-๒๖๙)	กระทรวง	NA	NA	๗	๗	๗
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยโรคปอดทรายใหม่	กระทรวง	NA	NA	๘๘	๘๘	๘๘
อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	กระทรวง	NA	NA	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรก เกิดมีชีพ	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรก เกิดมีชีพ	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรก เกิดมีชีพ
ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กระทรวง	NA	NA	๔๕	๕๐	๕๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	กระทรวง	NA	NA	๑๐	๑๕	๒๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของ ตัวชี้วัดและ ค่า เป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	กระทรวง	NA	NA	≤ ๗.๘ ต่อ ประชากร แสนคน	≤ ๗.๘ ต่อ ประชากร แสนคน	≤ ๗.๕ ต่อ ประชากร แสนคน
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสาร เสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อ ความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาในเขต สุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่อง จนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	กระทรวง	NA	NA	๔๐	๔๐	๔๐
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแส เลือดแบบรุนแรงชนิด community- acquired	กระทรวง	NA	NA	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๖	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๖	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๖
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	กระทรวง	NA	NA	น้อยกว่า ร้อยละ ๙	น้อยกว่า ร้อยละ ๙	น้อยกว่า ร้อยละ ๙
ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ ราย ใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณ ก่อนหน้า	กระทรวง	NA	NA	มากกว่า ร้อยละ ๑๐	มากกว่า ร้อยละ ๑๐	มากกว่า ร้อยละ ๑๐
อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะ สมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะ ออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตใน โรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, M๑)	กระทรวง	NA	NA	มากกว่า หรือ เท่ากับร้อย ละ ๐.๕๗	มากกว่า หรือ เท่ากับร้อย ละ ๐.๖๓	มากกว่า หรือ เท่ากับร้อย ละ ๐.๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของ ตัวชี้วัดและ ค่า เป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	กระทรวง	NA	NA	๗๐	๗๐	๗๒
ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	กระทรวง	NA	NA	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๘	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๙	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐
ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	กระทรวง	NA	NA	๘๐	๙๐	๑๐๐
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	กระทรวง	NA	NA	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๔ (๑๒ เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๓ (≥๑๐ เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)	ตำแหน่งว่างเป้าหมายคงเหลือไม่เกินร้อยละ ๓ (≥๑๑ เขตสุขภาพผ่านเกณฑ์)
ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	กระทรวง	NA	NA	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของ ตัวชี้วัดและ ค่า เป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การ ประเมิน ITA	กระทรวง	NA	NA	๙๔	๙๔	๙๕
ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพ มาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นมาตรฐาน	กระทรวง	NA	NA	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละของโรงพยาบาลในเขต สุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่าง สมเหตุผล (RLU hospital) ตามที่ กำหนด	กระทรวง	NA	NA	๕๐	๕๐	๕๐
ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้ บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)	กระทรวง	NA	NA	<=๑.๕%, ไม่เกิน ๑๑๒,๘๐๐ ครั้ง	<=๑.๕%, ไม่เกิน ๑๑๒,๘๐๐ ครั้ง	<=๑.๕%, ไม่เกิน ๑๑๒,๘๐๐ ครั้ง
ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิ ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า (UHC)	กระทรวง	NA	NA	ไม่น้อย กว่า ๙๙.๕๕% (ไม่ต่ำกว่า ๖๖.๕๙ ล้านคน)	ไม่น้อย กว่า ๙๙.๕๕% (ไม่ต่ำกว่า ๖๖.๕๙ ล้านคน)	ไม่น้อย กว่า ๙๙.๕๕% (ไม่ต่ำกว่า ๖๖.๕๙ ล้านคน)

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของ ตัวชี้วัดและ ค่า เป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบ ภาวะวิกฤตทางการเงิน	กระทรวง	NA	NA	ระดับ๗ ☐ ร้อยละ ๒ ระดับ๖ ☐ ร้อยละ ๔	ระดับ๗ ☐ ร้อยละ ๒ ระดับ๖ ☐ ร้อยละ ๔	ระดับ๗ ☐ ร้อยละ ๒ ระดับ๖ ☐ ร้อยละ ๔
อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถาน ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิง สุขภาพที่ได้รับ มาตรฐานตามที่กำหนด	กระทรวง	NA	NA	๒๐	๒๐	๒๐
อัตราการขยายตัวของกลุ่ม อุตสาหกรรมการแพทย์และการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Proxy : ร้อยละสถานประกอบการมีศักยภาพ ในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรม บริการทางการแพทย์)	กระทรวง	NA	NA	๑๐	๑๐	๑๐
ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการ ส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	กระทรวง	NA	NA	๑๐	๑๐	๑๐
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวาน (≥ร้อยละ ๗๐)	จังหวัด	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐	๗๐
U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตาม ยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรค ความดันโลหิตสูง (≥ ร้อยละ ๘๐)	จังหวัด	๘๕	๘๕	๘๕	๘๐	๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของ ตัวชี้วัดและ ค่า เป้าหมาย ปี ๒๕๖๙	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๘	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไม่เกินร้อยละ ๗	แผนยุทธศาสตร์พ. < ร้อยละ ๗	๔.๖๕	๗	๗	๕	๕
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	HDC < ร้อยละ ๒๖	๐	๒๕	๒๕	๒๕	๒๕
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	กระทรวง ≥ ร้อยละ ๙๗.๕๐	๙๗.๓๗	๙๗.๔๕	๙๗.๕๐	๙๘.๐๐	๙๘.๕๐
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ใน ผู้ ป ว ย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	กระทรวง ≥ ร้อยละ ๙๐	๙๐.๒๕	๗๐	๗๕	๘๐	๙๐
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับ การ บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	กระทรวง ≥ ร้อยละ ๘๕	๘๕.๗๑	๘๕	๘๖	๘๗	๘๗

รายละเอียดการประเมินรายปี ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๑ อัตราผากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	๕๖	๕๘	๖๐	๖๒	๖๔
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	๒๓	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๓.๒๐	๓.๓๐	๓.๔๐	๓.๕๐	๓.๖๐
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)	๘๗	๘๙	๙๑	๙๓	๙๕
U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service ($\geq$ ร้อยละ ๖๐)	๖๔	๖๖	๖๘	๗๐	๗๒
U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk ($\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ($\geq$ ร้อยละ ๗๒)	๕๗	๕๙	๖๑	๖๓	๖๕
U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕
U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ ๘๕)	๘๕	๘๗	๘๙	๙๑	๙๓
U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)	๘๗	๘๙	๙๑	๙๓	๙๕
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไม่เกินร้อยละ ๗	๑๓	๑๑	๙	๗	๕
U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ ๙	๒๓	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖	๒๕
U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค $\geq$ ๘๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	๙๖.๓๐	๙๗.๓๕	๙๗.๔๐	๙๗.๔๕	๙๗.๕๐
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	๓๓	๓๑	๒๙	๒๗	๒๕

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารพื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๗๙	๘๑	๘๓	๘๕	๘๗
U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๗.๓๐	๗.๒๕	๗.๒๐	๗.๑๕	๗.๑๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	๕๙	๖๑	๖๓	๖๕	๖๗
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	๒๓	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๓.๒๐	๓.๓๐	๓.๔๐	๓.๕๐	๓.๖๐
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)	๘๘	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖
U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service ($\geq$ ร้อยละ ๖๐)	๖๙	๗๑	๗๓	๗๕	๗๗
U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk ($\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ($\geq$ ร้อยละ ๗๒)	๖๐	๖๒	๖๔	๖๖	๖๘
U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕
U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ ๘๕)	๘๘	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖
U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ($\geq$ ร้อยละ ๙๐)	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไม่เกินร้อยละ ๗	๑๒	๑๐	๘	๖	๔

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ ๙	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕	๑๓
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖	๒๕
U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค $\geq$ ๘๕	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	๙๗.๓๕	๙๗.๔๐	๙๗.๔๕	๙๗.๕๐	๙๗.๕๕
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยระดับประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	๓๐	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๘๐	๘๒	๘๔	๘๖	๘๘
U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๗.๒๕	๗.๒๐	๗.๑๕	๗.๑๐	๗.๐๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	๖๔	๖๖	๖๘	๗๐	๗๒
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	๑๘	๑๗	๑๖	๑๕	๑๔
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๓.๒๐	๓.๓๐	๓.๔๐	๓.๕๐	๓.๖๐
ร้อยละของเด็กอายุ ๐ – ๕ ปีมีพัฒนาการสมวัย	๘๕	๘๖	๘๗	๘๘	๘๙
อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย	๘๐	๘๑	๘๒	๘๓	๘๔
ระดับความรอบรู้สุขภาพของประชาชนเรื่องโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำเพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕	๔๓	๔๘	๕๓	๕๘	๖๓
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT ($\geq$ ร้อยละ ๗๐)	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ – ๑๘ ปี)	≥๑.๐	≥๑.๕	≥๒.๐	≥๒.๕	≥๓
ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานาณัติสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับท้าทาย)	๘๖	๘๙	๙๒	๙๕	๙๘
จำนวนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒	๑๑ หน่วย	๑๑ หน่วย	๑๑ หน่วย	๑๑ หน่วย	๑๑ หน่วย
ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมให้กับประชาชน	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I๖๐-I๖๙)	๗	๗	๗	๗	๗
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๘๒	๘๔	๘๖	๘๘	๙๐
อัตราการตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	≤๓.๖๐	≤๓.๖๐	≤๓.๖๐	≤๓.๖๐	≤๓.๖๐
ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕
ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น		๕	๑๐	๑๕	๒๐
U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤๗.๐๘	≤๗.๐๘	๗.๐๘	≤๗.๐๘	≤๗.๐๘
ร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในเขตสุขภาพได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕
อัตราการตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	≤๒๖	≤๒๖	≤๒๖	≤๒๖	≤๒๖
U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ ๙	๑๙	๑๗	๑๕	๑๓	๑๑
ร้อยละผู้ป่วยไตเรื้อรัง stage ๕ รายใหม่ ที่ลดลงจากปีงบประมาณก่อนหน้า	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
อัตราส่วนของจำนวนผู้บริจาคอวัยวะสมองตายที่ได้รับการผ่าตัดนำอวัยวะออก ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาล A, S, Mo)					
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (เฉพาะระบบสมัครใจ) (Retention Rate)	๖๔	๖๖	๖๘	๗๐	๗๒
ร้อยละของผู้ป่วยวิกฤต เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐
ร้อยละของผู้ป่วยในพระบรมราชานุเคราะห์ และพระราชานุเคราะห์ ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ					
ร้อยละของหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้นมาตรฐาน	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ร้อยละของโรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนา โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามที่กำหนด	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐	๕๐
ความแตกต่างการใช้สิทธิ เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยในของผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (compliance rate)	≤๑.๕	≤๑.๕	≤๑.๕	≤๑.๕	≤๑.๕
ประชาชนสามารถเข้าถึงสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UHC)	≤๙๙.๕๕	≤๙๙.๕๕	≤๙๙.๕๕	≤๙๙.๕๕	≤๙๙.๕๕
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน					

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
อัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนสถานประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้รับมาตรฐานตามที่กำหนด	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕
อัตราการขยายตัวของกลุ่มอุตสาหกรรมการแพทย์และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Proxy : ร้อยละสถานประกอบการมีศักยภาพในการแข่งขันด้านอุตสาหกรรมบริการทางการแพทย์)	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐
ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ($\geq$ ร้อยละ ๗๐)	๖๓	๖๕	๖๗	๖๙	๗๑
U๐๑๐๘ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไม่เกินร้อยละ ๗	๕	๕	๕	๕	๕
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖	๒๕
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	๙๗.๘๕	๙๗.๙๐	๙๗.๙๕	๙๘.๐๐	๙๘.๐๕
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารพื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๘๑	๘๓	๘๕	๘๗	๘๙

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	๖๗	๖๙	๗๑	๗๓	๗๕
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	๒๓	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน	๓.๒๐	๓.๓๐	๓.๔๐	๓.๕๐	๓.๖๐
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT (≥ร้อยละ ๙๐)	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service (≥ร้อยละ ๖๐)	๗๔	๗๖	๗๘	๘๐	๘๒
U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk (≥ร้อยละ ๘๐)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (≥ร้อยละ ๗๒)	๖๖	๖๘	๗๐	๗๒	๗๔
U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕
U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (≥ ร้อยละ ๘๕)	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐
U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (≥ร้อยละ ๙๐)	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไม่เกินร้อยละ ๗	๑๑	๙	๗	๕	๓
U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ ๙	๑๕	๑๓	๑๑	๙	๗
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖	๒๕
U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค ≥ ๘๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ	๓๐	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน	๘๑	๘๓	๘๕	๘๗	๘๙
U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๗.๑๕	๗.๑๐	๗.๐๕	๗.๐๐	๖.๙๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๑ ถึง U๐๑๐๑๘} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๑ ถึง U๐๑๑๘}}$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายบุญธรรม มิ่งแก้ว ตำแหน่ง รักษาการแทนสาธารณสุขอำเภอคีรีรัฐนิคม
๒. นางสาวเยาวดี โพกุล ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ปัญหาการฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์มักเกิดจาก การไม่ทราบว่าตั้งครรภ์, ความไม่สะดวก, ไม่รู้ว่าจะต้องรับฝาก, ความเชื่อ, หรือภาระครอบครัว ทำให้พลาดการดูแลที่สำคัญ ซึ่งส่งผลต่อ ความเสี่ยงของแม่และทารก เช่น ภาวะโลหิตจาง, การติดเชื้อ, ความดันโลหิตสูง, การประเมินความเสี่ยงไม่ทันท่วงที และการขาดการตรวจคัดกรองโรคสำคัญ

แผนดำเนินการ

- บุคลากรสาธารณสุข: ให้ความรู้กับหญิงตั้งครรภ์เรื่องความสำคัญของการฝากครรภ์เร็ว.
- การประชาสัมพันธ์: รณรงค์ "ฝากครรภ์เร็ว ฝากคุณภาพ ฝากก่อน ๑๒ สัปดาห์".

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๗๕

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	๕๙.๗๘	๖๒	๖๕	๗๐	๗๕

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๖๒)	๕๖	๕๘	๖๐	๖๒	๖๔

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๖๕)	๕๙	๖๑	๖๓	๖๕	๖๗

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๐)	๖๔	๖๖	๖๘	๗๐	๗๒

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๑ อัตราฝากครรภ์ก่อน ๑๒ สัปดาห์ (ร้อยละ ๗๕)	๖๗	๖๙	๗๑	๗๓	๗๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๑} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๑}}$

คำอธิบาย : U๐๑๐๑

หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ และนอกเขต รับผิดชอบที่มาใช้บริการในสถานบริการสาธารณสุขนั้นๆ

หญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (บันทึกที่ห้องฝากครรภ์)

สูตรคำนวณ

A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์(นับที่ ห้องคลอด)
 B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ สถานบริการฯ ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน (นับที่ ห้องคลอด)
 $(A/B) \times ๑๐๐$ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์/ จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอด ณ สถานบริการฯ ทั้งหมดในเวลาเดียวกัน) $\times ๑๐๐$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลในโปรแกรม ๔๓ แพ้ม

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : HDC สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอดไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

อัตราตายมารดาหลังคลอด (Maternal Mortality) คือจำนวนมารดาที่เสียชีวิตจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ คลอด หรือหลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คนทั่วโลก อัตราส่วนนี้ส่วนใหญ่เกิดในประเทศรายได้ต่ำถึงปานกลาง และมีสาเหตุหลักคือภาวะตกเลือด ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ และการติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้ และไทยมีเป้าหมายลดอัตราส่วนนี้ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ โดยมีแนวโน้มลดลง แต่ยังไม่ถึงเป้าหมาย.

แผนดำเนินการ

แนวทางแก้ไขอัตราการตายของมารดาเน้นที่การดูแลก่อน-ระหว่าง-หลังคลอดอย่างมีคุณภาพ การเข้าถึงบริการที่รวดเร็ว การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การสร้างความตระหนักรู้ในชุมชน และการพัฒนาระบบส่งต่อที่รวดเร็ว โดยเฉพาะการจัดการสาเหตุหลักเช่นตกเลือดและความดันโลหิตสูง และการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีโรคประจำตัว

ค่าเป้าหมาย : ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน)	๐	๑๗	๑๗	๑๗	๑๗

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ร้อยละ๑๗)	๒๓	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ร้อยละ๑๗)	๒๓	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ร้อยละ๑๗)	๒๓	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอด (ร้อยละ๑๗)	๒๓	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๒} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๒}}$

คำอธิบาย : U๐๑๐๒ อัตราตายของมารดาหลังคลอดไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์คลอด และหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้นจากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอดรวมถึงการฆ่าตัวตายแต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุและฆาตกรรมต่อการเกิด มีชีพแสนคน

สูตรคำนวณ

A = จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์, คลอดและหลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ทุกสาเหตุ ยกเว้นอุบัติเหตุ ในช่วงเวลาที่กำหนด

B = จำนวนเด็กเกิดมีชีพในช่วงเวลาเดียวกัน $(A/B) \times ๑๐๐,๐๐๐$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

เมื่อเกิดมารดาตายให้ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

๑. โรงพยาบาลที่มีมารดาตาย

- แจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และ ประธานคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด ภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ดำเนินการตามกระบวนการบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) และแก้ปัญหาเบื้องต้น

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแจ้งข้อมูลมารดาตายเบื้องต้นแก่ศูนย์อนามัย ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

๓. คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัดเก็บรวบรวมข้อมูลมารดาตายทั้งหมดเพื่อใช้ทบทวนและวิเคราะห์สาเหตุการตายมารดา

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล

๑. นางจริยาภรณ์ กักเหลี่ยม

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวนวรรณ์ ชูณรงค์

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต)

สถานการณ์และสภาพปัญหา: ปัญหาอัตราตายทารกแรกเกิด ๒๘ วัน (Neonatal Mortality) ในไทยยังคงมีอยู่ โดยมีสาเหตุหลักจากภาวะคลอดก่อนกำหนด (Preterm), ภาวะความดันโลหิตเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด (PPHN), และภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth Asphyxia) รวมถึงความพิการแต่กำเนิดและการติดเชื้อ ซึ่งมีเป้าหมายลดอัตราตายลง < ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต.

สาเหตุหลักที่ทำให้ทารกเสียชีวิตใน ๒๘ วันแรก:

๑. ภาวะคลอดก่อนกำหนด (Preterm): ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมักมีอวัยวะที่ยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ เช่น ปอด ตับ ทำให้มีภาวะแทรกซ้อนสูง.
๒. ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth Asphyxia): การได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอระหว่าง การคลอดส่งผลกระทบต่อสมองและอวัยวะสำคัญ.
๓. ภาวะความดันโลหิตเลือดปอดสูงในทารกแรกเกิด (PPHN): ระบบไหลเวียนเลือดที่ผิดปกติ ทำให้ปอดทำงานได้ไม่เต็มที่.
๔. ความพิการแต่กำเนิด: เช่น ความผิดปกติของหัวใจ, ระบบประสาท.
๕. การติดเชื้อ: การติดเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส ปรสิต อาจเป็นสาเหตุสำคัญ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา.
๖. ภาวะน้ำหนักแรกเกิดน้อย (< ๒,๕๐๐ กรัม): เพิ่มความเสี่ยงการเสียชีวิตมากกว่าทารกน้ำหนักปกติ ถึง ๔๐ เท่า.

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต)

ค่าเป้าหมาย : ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต)	๐	๓.๖๐	๓.๖๐	๓.๖๐	๓.๖๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (ร้อยละ๓.๖๐)	๓.๒๐	๓.๓๐	๓.๔๐	๓.๕๐	๓.๖๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (ร้อยละ๓.๖๐)	๓.๒๐	๓.๓๐	๓.๔๐	๓.๕๐	๓.๖๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (ร้อยละ๓.๖๐)	๓.๒๐	๓.๓๐	๓.๔๐	๓.๕๐	๓.๖๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (ร้อยละ๓.๖๐)	๓.๒๐	๓.๓๐	๓.๔๐	๓.๕๐	๓.๖๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๓} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๓}}$

คำอธิบาย : U๐๑๐๓ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน (๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีวิต) ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่รอดออกมา น้ำหนัก ≥ ๕๐๐ กรัม มีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

สูตรคำนวณ : $(A/B) \times ๑,๐๐๐$

A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ ๒๘ วัน

B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ฐานข้อมูลจากระบบ Health Data Center

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT (≥ร้อยละ ๙๐)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา - ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉวยโรค เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : ≥ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT (≥ร้อยละ ๙๐)	๙๑.๙๕	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT (ร้อยละ ๙๓)	๘๗	๘๙	๙๑	๙๓	๙๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT (ร้อยละ ๙๔)	๘๘	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT (ร้อยละ ๙๕)	๘๙	๙๑	๙๓	๙๕	๙๗

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT (ร้อยละ ๙๖)	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๔} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๔}}$

คำอธิบาย : U๐๑๐๔ ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัย DM/HT (≥ร้อยละ ๙๐)

๑. กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) มีค่า ≥ ๑๒๖ mg/dl หรือการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้วจากการที่ไม่อดอาหาร (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมา กลูโคสจากการที่ไม่อดอาหาร (RPG) มีค่า ≥ ๒๐๐ mg/dlและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ

๒. การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน ๓ - ๖ เดือน)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย: ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ หมายถึง ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea ๓) และ PERSON.DISCHARGE="๙" (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="๐๙๙" (สัญชาติไทย)

สูตรคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปีงบประมาณ (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน ๓ - ๖ เดือน)

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวจารุวรรณ คงชนะ

๒. นางสาวนวรรตน์ ชูณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service (≥ร้อยละ ๖๐)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา - ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉวยโรค เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : ≥ร้อยละ ๖๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service (≥ร้อยละ ๖๐)	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service (ร้อยละ ๗๐)	๖๔	๖๖	๖๘	๗๐	๗๒

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service (ร้อยละ ๗๕)	๖๙	๗๑	๗๓	๗๕	๗๗

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service (ร้อยละ ๘๐)	๗๔	๗๖	๗๘	๘๐	๘๒

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service (ร้อยละ ๘๐)	๗๔	๗๖	๗๘	๘๐	๘๒

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๕} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๕}}$

คำอธิบาย : U๐๑๐๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับบริการ Prevention Service ($\geq$ ร้อยละ ๖๐)

สูตรคำนวณ :

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวจารุวรรณ คงชนะ
๒. นางสาวนวิรัตน์ ชูณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk ($\geq$ ร้อยละ ๘๐)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉี่หนู เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk ($\geq$ ร้อยละ ๘๐)	๔๓.๓๓	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk (ร้อยละ ๘๐)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk (ร้อยละ ๘๐)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk (ร้อยละ ๘๐)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk (ร้อยละ ๘๐)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๖} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๖}}$

คำอธิบาย : U๐๑๐๖ ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมิน CVD Risk ($\geq$ ร้อยละ ๘๐)

สูตรคำนวณ :

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวจรรวรรณ คงชนะ
๒. นางสาวนวิรัตน์ ชูณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (≥ร้อยละ ๗๒)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉี่หนู เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : ≥ร้อยละ ๗๒

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (≥ร้อยละ ๗๒)	๖๑.๗๔	๖๓	๖๖	๖๙	๗๒

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ๖๓)	๕๗	๕๙	๖๑	๖๓	๖๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ๖๖)	๖๐	๖๒	๖๔	๖๖	๖๘

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ๖๙)	๖๓	๖๕	๖๗	๖๙	๗๑

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ร้อยละ๗๒)	๖๖	๖๘	๗๐	๗๒	๗๔

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๗} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๗}}$

คำอธิบาย : U๐๑๐๗ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ($\geq$ ร้อยละ ๗๒)

ความสำเร็จของการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ดังนี้

๑. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

๑.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับ การคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 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

หมายเหตุ : ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (๑) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน ส่วนผู้ที่มีอาการเกี่ยวกับโรคเบาหวานสามารถใช้การคัดกรอง โดยวิธีที่ (๒) ได้เลย

๑.๒ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน

หมายเหตุ : ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน

สูตรคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานในปัจุบันและเป็นผู้สงสัยป่วยโรคเบาหวาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวจารุวรรณ คงชนะ

๒. นางสาวนวิรัตน์ ชูณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉี่หนู เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย :

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐	๓๕.๕๒	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ๓๐)	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ๔๐)	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ๕๐)	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ๖๐)	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๘} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๘}}$

คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๘

คำอธิบาย : U๐๑๐๘ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ หรือ ๓

สูตรคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวจารุวรรณ คงชนะ

๒. นางสาวนวิรัตน์ ชูณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์มากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา - ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉี่หนู เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๘๕

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ ๘๕)	๙๙.๕	๙๐	๙๕	๙๘	๑๐๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ๙๐)	๘๕	๘๗	๘๙	๙๑	๙๓

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ๘๕)	๘๘	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ๘๘)	๙๑	๙๓	๙๕	๙๗	๙๙

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ๑๐๐)	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๐๙} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๐๙}}$

คำอธิบาย : U๐๑๐๙ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\geq$ ร้อยละ ๘๕)

ความสำเร็จของการดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ดังนี้

๑. การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

๑.๑ กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐ - ๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐ - ๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ

๑.๒ การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน ๙๐ วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป

พ.ศ.๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

สูตรคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน ๙๐ วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน ๙๐ วัน)

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลรายงาน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวจรรุวรรณ คงชนะ
๒. นางสาวนวรรตน์ ชูณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด CVD Risk) $\geq$ ร้อยละ ๙๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา - ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉี่หนู เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) $\geq$ ร้อยละ ๙๐	๙๒.๒๒	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) (ร้อยละ ๙๓)	๘๗	๘๙	๙๑	๙๓	๙๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (ร้อยละ ๙๔)	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (ร้อยละ ๙๕)	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (ร้อยละ ๙๖)	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๑๐} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๐}}$

คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๐

คำอธิบาย : U๐๑๑๐ ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐ - I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่

๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ 1๖๐ - 1๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง 1๑๐ - 1๑๕ ยกเว้นรหัส 1๑๑.๐, 1๑๑.๙, 1๑๓.๐, 1๑๓.๑, 1๑๓.๒ , 1๑๓.๙ และ รหัส 1๑๐ - 1๑๕ ร่วมกับ 1๖๐ - 1๖๙

สูตรคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (1๑๐-1๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ ๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ 1๖๐ - 1๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) ๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง 1๑๐ - 1๑๕ ยกเว้นรหัส 1๑๑.๐, 1๑๑.๙, 1๑๓.๐, 1๑๓.๑, 1๑๓.๒ , 1๑๓.๙ และ รหัส 1๑๐ - 1๑๕ ร่วมกับ 1๖๐ - 1๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (1๑๐-1๑๕) อายุ ๓๕ - ๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่

๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ 1๖๐ - 1๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง 1๑๐ - 1๑๕ ยกเว้นรหัส 1๑๑.๐, 1๑๑.๙, 1๑๓.๐, 1๑๓.๑, 1๑๓.๒ , 1๑๓.๙ และ รหัส 1๑๐ - 1๑๕ ร่วมกับ 1๖๐ - 1๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวจารุวรรณ คงชนะ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวนวรรตน์ ชูณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไม่เกินร้อยละ ๗

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉี่หนู เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๗

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไม่เกินร้อยละ ๗	๔.๖๕	๗	๖	๕	๕

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ร้อยละ๗)	๑๓	๑๑	๙	๗	๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ร้อยละ๖)	๑๒	๑๐	๘	๖	๔

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ร้อยละ๕)	๑๑	๙	๗	๕	๓

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) (ร้อยละ๕)	๑๑	๙	๗	๕	๓

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๑๑} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๑}}$

คำอธิบาย : U๐๑๑๑ อัตราตายของผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ไม่เกินร้อยละ ๗
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยในที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit)
 นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไปที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
 การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่ตาย

B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ทั้งหมดที่นอนโรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แผนยุทธศาสตร์ รพ.ศิริราชธนิกม

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานการพยาบาลผู้ป่วย STROKE UNIT

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวรัตนา พนมวัน ณ อยุธยา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ ๙

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็มีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลสุขภาพเนื่องจากสภาวะสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลสุขภาพสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรควันโรค เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๙

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ ๙	๑๘.๖๖	๑๗	๑๕	๑๓	๙

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ร้อยละ๑๗)	๒๓	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ร้อยละ๑๕)	๒๑	๑๙	๑๗	๑๕	๑๓

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ร้อยละ๑๓)	๑๙	๑๗	๑๕	๑๓	๑๑

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (ร้อยละ๙)	๑๕	๑๓	๑๑	๙	๗

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๑๒} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๒}}$

คำอธิบาย : U๐๑๑๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ไม่เกินร้อยละ ๙
 ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) ทั้งที่นอนโรงพยาบาลและไม่ได้นอนโรงพยาบาล และผู้ป่วยต้องถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = I๒๑

การเสียชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น (STEMI) หมายถึง การเสียชีวิตจากทุกสาเหตุของผู้ป่วย STEMI ที่มี Pdx ตามที่ระบุไว้ หรือผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือโรค

แทรกเป็น STEMI และมีสาเหตุ การตายจากภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด ST segment ยกขึ้น และเสียชีวิตในโรงพยาบาล

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล $\times 100$

B = จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ทั้งหมดในโรงพยาบาล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แผนยุทธศาสตร์ รพ.ศิริราชนิคม เป้าหมาย < ร้อยละ ๗

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวรัตนา พนมวัน ณ อยุธยา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศีร์ษะรัฐนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรควันโรค เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : น้อยกว่าร้อยละ ๒๖

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิดcommunity - acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖	๐	๒๕	๒๕	๒๕	๒๕

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community – acquired (ร้อยละ ๒๕)	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖	๒๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community – acquired (ร้อยละ ๒๕)	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖	๒๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community – acquired (ร้อยละ ๒๕)	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖	๒๕

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community – acquired (ร้อยละ ๒๕)	๒๙	๒๘	๒๗	๒๖	๒๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๑๓} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๓}}$

คำอธิบาย : U๐๑๑๓ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired น้อยกว่าร้อยละ ๒๖

๑. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เขาเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

๑.๑ ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับ มี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไปที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะ มีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ หรือมีอาการแสดงตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่ง

๑.๒ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับ มี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไปที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

๒. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

๓. จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต (dead) จากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ต้องลง ICD ๑๐ รหัส R ๖๕.๑ และ R๕๗.๒ ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired

B = จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : HDC เป้าหมาย < ร้อยละ ๒๖

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตัวชี้วัด สสจ.สุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวสุณี คุ้มกัน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค $\geq$ ร้อยละ ๘๕

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกาย ใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อบูมุงให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรควัณโรค เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๘๕

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค $\geq$ ร้อยละ ๘๕	๙๐.๖๒	๘๕	๙๐	๙๕	๙๕

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละ ๘๕)	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละ ๙๐)	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละ ๙๕)	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค (ร้อยละ ๙๕)	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๑๔} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๔}}$

คำอธิบาย : U๐๑๑๔ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค $\geq$ ร้อยละ ๘๕

๑. ความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา

๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสี ทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค

๓. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (๑๔๓ ต่อประชากรแสนคน)

๔. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (๑๔๓ ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (๑๐๓,๐๐๐ ราย) ในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report ๒๐๒๒)

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : แผนยุทธศาสตร์ รพ.ศิริราช

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นางสาวทิพวรรณ วิเชียร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ($\geq$ ร้อยละ ๙๗.๕๐)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อมุ่งให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา - ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉี่หนู เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๙๗.๕๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ($\geq$ ร้อยละ ๙๗.๕๐)	๙๗.๓๗	๙๗.๔๕	๙๗.๕๐	๙๘.๐๐	๙๘.๕๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ ๙๗.๔๕)	๙๖.๓๐	๙๗.๓๕	๙๗.๔๐	๙๗.๔๕	๙๗.๕๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ ๙๗.๕๐)	๙๗.๓๕	๙๗.๔๐	๙๗.๔๕	๙๗.๕๐	๙๗.๕๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ ๙๘.๐๐)	๙๗.๘๕	๙๗.๙๐	๙๗.๙๕	๙๘.๐๐	๙๘.๐๕

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง (ร้อยละ ๙๘.๕๐)	๙๘.๓๕	๙๘.๔๐	๙๘.๔๕	๙๘.๕๐	๙๘.๕๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๑๕} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๕}}$

คำอธิบาย : U๐๑๑๕ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ($\geq$ ร้อยละ ๙๗.๕๐)

๑) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

๒) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธล เอทีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๕ – ๑๑ คะแนน

ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ช่วยเหลือตนเองไม่ได้พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๐ - ๔ คะแนน

๓) ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ (กลุ่มติดสังคม)

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ๑. พื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)

๒. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวสุวรรณี นิยมจิตร

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดที่หลัก (U) : U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ ๙๐)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อบ่มุ่ให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉี่หนู เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ๙๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ๙๐)	๙๐.๒๕	๗๐	๗๕	๘๐	๙๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ๗๐)	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ๗๕)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ๘๐)	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ๙๐)	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๑๖} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๖}}$

คำอธิบาย : U๐๑๑๖ ร้อยละการให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ (ร้อยละ ๙๐)

การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วยประคับประคอง อย่างมีคุณภาพ คือ ทีมผู้ให้การดูแลทำ Advance Care Planning (ACP) ด้วยกระบวนการ Family Meeting ให้แก่ผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ระยะท้าย (ICD-๑๐ Z๕๑.๕) ตามมาตรฐานการวางแผนการดูแล ล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย และบันทึกรหัส ICD-๑๐ Z๗๑.๘ ในเวชระเบียน ส่งเข้า HDC และดำเนินการ ตามความประสงค์ของผู้ป่วยตามบริบทที่สามารถจัดการบริการได้

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Z๕๑.๕) และ ได้รับการจัดทำ Advance Care Planning ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูล การวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาล ตาม ICD ๑๐ รหัส Z๗๑.๘ เฉพาะ รายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ ซ้ำ

B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรคที่กำหนด ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Z๕๑.๕) ดึงข้อมูลจากฐานข้อมูลการวินิจฉัยโรคของโรงพยาบาลตาม ICD ๑๐ ที่กำหนด ตาม service plan ที่เกี่ยวข้อง คือ ICD-๑๐ C๐๐-C๙๖, D๓๗-D๔๘, I๖๐-I๖๙, F๐๓, N๑๘.๕, J๔๔, I๕๐, K๗๒, K๗๐.๔, K๗๑.๗, B๒๐-B๒๔(ยกเว้น B๒๓.๐, B๒๓.๑), R๕๔ และผู้ป่วยอายุ ๐-๑๔ ปี(ที่วินิจฉัย Z๕๑.๕ รวมด้วย) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : เก็บข้อมูลและรายงานผล ระดับอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ จากระบบ Health data center โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับ ดูแลการกรอกข้อมูลในเวช ระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้ม การติดตามเยี่ยมบ้าน ใน ๔๓ แฟ้ม ให้ครบ

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : Health data center

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวพรพนา รอดทอง **ตำแหน่ง** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง และติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน ($\geq$ ร้อยละ ๘๕)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมกรดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อบู่มให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉี่หนู เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๘๕

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน ($\geq$ ร้อยละ ๘๕)	๘๕.๗๑	๘๕	๘๖	๘๗	๘๗

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาล ฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (ร้อยละ๘๕)	๗๙	๘๑	๘๓	๘๕	๘๗

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาล ฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (ร้อยละ๘๖)	๘๐	๘๒	๘๔	๘๖	๘๘

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาล ฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (ร้อยละ๘๗)	๘๑	๘๓	๘๕	๘๗	๘๙

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาล ฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน (ร้อยละ๘๗)	๘๑	๘๓	๘๕	๘๗	๘๙

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๑๗} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๗}}$

คำอธิบาย : U๐๑๑๗ ร้อยละของ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ก่อนครบ ๖ เดือน ($\geq$ ร้อยละ ๘๕)

การบริหารฟื้นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมี ความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ใน รพ.ทุกระดับ (A/S/M/ F) โดยให้บริการ ผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น

*ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา ๖ เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥๑๕ with multiple impairments

Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ ๓ ชั่วโมง และอย่างน้อย ๕ วัน ต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมี รายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก ๑

Intermediate bed คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ ๑ ชั่วโมงอย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care)

การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่ มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับการบริหารฟื้นสภาพระยะกลาง* และติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐

B = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่เข้าสู่ระบบบริหารฟื้นสภาพระยะกลาง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทมิไนเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : รพ. ศิริรัฐนิคม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวอรุณยุพา ฤกษ์ดี **ตำแหน่ง** นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G๑ ประชาชนมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดหลัก (U) : U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (≤ ๗.๕ ต่อประชากรแสนคน)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ในปัจจุบันคนไทยจะหันมาใส่ใจสภาวะสุขภาพด้วยการออกกำลังกายและรับประทานอาหารที่มีประโยชน์กันมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชากรจำนวนไม่น้อยที่ละเลยการดูแลตนเองเนื่องจากสภาพสังคมและรูปแบบการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดเป็นปัญหาเรื้อรังด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (Non-communicable diseases) ซึ่งเกิดจากพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่สามารถคร่าชีวิตคนไทยได้จำนวนมากในแต่ละปี รวมถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับสุขภาพเป็นไปอย่างซับซ้อนกว่าในอดีตที่ผ่านมา โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ที่เปลี่ยนไปและการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนปัญหาสุขภาพอันอาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมและ กระแสของการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยีที่ทันสมัย รวดเร็ว ทำให้คุณภาพชีวิตและสุขภาพประชาชนทุกกลุ่ม วัย ต้องเผชิญหน้ากับความเสื่อมถอยของสุขภาพกายใจ สังคม ดังนั้นเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคมจึงเล็งเห็นความสำคัญของปัญหา และจำเป็นต้องสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพและอนามัย เพื่อบู่มุงให้ประชาชนมีสภาวะที่ดี มั่นคง และยั่งยืนต่อไป

แผนดำเนินการ

พัฒนาการดูแลปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชาชนอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI โรคหลอดเลือดสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การดูแลมารดา-ทารก การฆ่าตัวตาย และโรคฉวยโรค เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : ≤ ๗.๕ ต่อประชากรแสนคน

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (≤ ๗.๕ ต่อประชากรแสนคน)	๗.๐๘	๗.๑๕	๗.๑๐	๗.๐๕	๗.๐๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ร้อยละ ๗.๑๕)	๗.๓๐	๗.๒๕	๗.๒๐	๗.๑๕	๗.๑๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ร้อยละ ๗.๑๐)	๗.๒๕	๗.๒๐	๗.๑๕	๗.๑๕	๗.๐๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ร้อยละ ๗.๐๕)	๗.๒๐	๗.๑๕	๗.๑๐	๗.๐๕	๗.๐๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ร้อยละ ๗.๐๐)	๗.๑๕	๗.๑๐	๗.๐๕	๗.๐๐	๖.๙๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๑๑๘} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๘}}$

คะแนนเต็มของคะแนน U๐๑๑๘

คำอธิบาย : U๐๑๑๘ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (≤ ๗.๕ ต่อประชากรแสนคน)

การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น

ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 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)

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในปีงบประมาณ - จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า ๑ ครั้งใน ปีงบประมาณ หน่วยนับ (คน)

B = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย
รง ๕๐๖S version ๑๑.

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ข้อมูล จาก Health Data Center (HDC)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวสริพร จันทรแจ้ง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (KPI) : K๒ ความสำเร็จในการพัฒนาการบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย ร้อยละ ๘๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา: ในยามที่หลายคนเจ็บป่วยหรือไม่สบาย สถานพยาบาลคืออีกหนึ่งคำตอบที่ทำหน้าที่ให้บริการด้านสุขภาพกับผู้ป่วยรักษาพยาบาลอย่างครบวงจร พัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข รวมไปถึงศึกษาค้นคว้าด้านวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูภาวะความเจ็บป่วย หรือโรคต่างๆ ทั้งทางร่างกายและจิตใจพร้อมรองรับผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง โรงพยาบาลจึงถูกออกแบบให้คำนึงถึงประโยชน์สูงสุดด้านสุขภาพและการให้บริการแก่ผู้ป่วยความปลอดภัยต่อผู้ป่วย และไม่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำซ้อนมากขึ้นเมื่อมาใช้บริการที่โรงพยาบาล การอำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในโรงพยาบาลนั้นๆ รวมไปถึงการเก็บรักษาความลับด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ผู้ให้บริการจึงพยายามพัฒนาการบริการให้มีคุณภาพมากขึ้นโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่มีคุณภาพเท่าเทียมกัน ภายใต้เกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (HA) ประกันคุณภาพการพยาบาล (QA) มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา มาตรฐานระบบคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มาตรฐาน NCD Clinic Plus มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐาน :LA มาตรฐาน HAT มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และมาตรฐานการให้บริการของผู้ประกอบวิชาชีพกายภาพบำบัด รวมไปถึงการตรวจสอบความปลอดภัยจากอัคคีภัย ทั้งหมดนี้เพื่อเป็นการรับรองให้ผู้รับบริการทุกท่านจะได้รับการบริการที่มีคุณภาพภายใต้มาตรฐานสากล

กลยุทธ์: พัฒนาการบริหารจัดการและการบริการสู่มาตรฐานขององค์กร จัดให้บริการผู้ป่วยแบบครบวงจร

แผนดำเนินการ

พัฒนาการจัดบริการสุขภาพและการบริหารจัดการสู่มาตรฐานขององค์กรและสถาบันต่างๆ โดยเฉพาะมาตรฐาน HA มาตรฐานระบบบริการสุขภาพ (สบส.) มาตรฐานการพยาบาล ((A) มาตรฐานเทคนิคการแพทย์ (LA) มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย มาตรฐาน NCD Clinic Plus มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ มาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก มาตรฐาน EA มาตรฐาน HAIT มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก และมาตรฐานบริการกายภาพบำบัด

คำเป้าหมาย : K๒ ความสำเร็จในการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพ และการบริหารจัดการได้มาตรฐาน ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและ คำเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	คำเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๒๐๑ ผลการประเมินตรงตามมาตรฐาน ความปลอดภัยด้านยาเคแสนเฉื่อยไม่ น้อยกว่า ๓.๕	รพ. (กำหนดเอง)	๓.๕	๓.๕	๓.๖	๓.๗	๓.๘
U๐๒๐๒ ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	เกณฑ์มาตรฐาน ระบบบริการสุขภาพ	NA	๘๗.๕	๙๐	๙๒.๕	๙๕
U๐๒๐๓ ผลการประเมินมาตรฐานคลินิก ผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (๕๒ คะแนน)	เกณฑ์มาตรฐาน QA	NA	๘๐	๘๒	๘๔	๘๖
U๐๒๐๔ ผลการประเมินรับรองมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	เกณฑ์มาตรฐาน เทคนิคการแพทย์	๘๑.๒๕	๘๔	๘๖	๘๘	๙๐
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรอง มาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	เกณฑ์มาตรฐาน ความปลอดภัยด้าน ยา	๓.๐๗	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๙	เกณฑ์มาตรฐาน	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙
U๐๒๐๗ ร้อยละ ของสถาน บริการ ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการ บริการ	เกณฑ์มาตรฐานคลินิก ผู้สูงอายุ	ผ่านเกณฑ์	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีเด่น
U๐๒๐๘ ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหาร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	เกณฑ์มาตรฐาน	NA	๘๕	๘๗	๘๙	๙๕
U๐๒๐๙ ร้อยละ ของ ชุมชน มี การ ดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับ ประชาชน	เกณฑ์มาตรฐาน	NA	๘๔	๘๕	๘๖	๘๗

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๑ ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเคแสนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๓.๕	๒.๙	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓
U๐๒๐๒ ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	๗๕	๘๐	๘๕	๘๗.๕	๙๐
U๐๒๐๓ ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (๕๒คะแนน)	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒
U๐๒๐๔ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๙	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗
U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ดี	ดีมาก
U๐๒๐๘ ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
U๐๒๐๙ ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	๘๕	๘๖	๘๗	๘๘	๘๙

ปี ๒๕๖๘

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๑ ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเคแสนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๓.๕	๓	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔
U๐๒๐๒ ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	๘๐	๘๕	๘๗.๕	๙๐	๙๒.๕
U๐๒๐๓ ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (๕๒คะแนน)	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒	๕๒
U๐๒๐๔ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๙	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘
U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน	ดี	ดีมาก
U๐๒๐๘ ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
U๐๒๐๙ ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	๘๕	๘๖	๘๗	๘๘	๘๙

ปี ๒๕๖๙

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๑ ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเสพติดไม่น้อยกว่า ๓.๕	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕
U๐๒๐๒ ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	๘๕	๘๗.๕	๙๐	๙๒.๕	๙๕
U๐๒๐๓ ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับ ดีเด่น (๕๒ คะแนน)	ผ่าน	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีเด่น
U๐๒๐๔ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๙	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙
U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	ผ่าน	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีเด่น
U๐๒๐๘ ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
U๐๒๐๙ ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	๘๕	๘๖	๘๗	๘๘	๘๙

ปี ๒๕๖๐

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๑ ผลการประเมินตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาเสพติดไม่น้อยกว่า ๓.๕	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕	๓.๗
U๐๒๐๒ ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus	๘๗.๕	๙๐	๙๒.๕	๙๕	๙๘
U๐๒๐๓ ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (๕๒ คะแนน)	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีเด่น	ดีเด่น
U๐๒๐๔ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๑๐๐
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก (รพ.สต.พท.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๙	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐
U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการ ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	ผ่าน	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีเด่น
U๐๒๐๘ ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐	๙๐
U๐๒๐๙ ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	๘๕	๘๖	๘๗	๘๘	๘๙

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: ผลรวมของคะแนน U๑ ถึง U๙ x ๑๐๐ คะแนนเต็มของคะแนน U๑ ถึง U๙

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (Template) ตัวชี้วัด (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ตามรายละเอียด (Template) ตัวชี้วัด (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ ตามรายละเอียด (Template) ตัวชี้วัด (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นายสุรียา น้ำขาว

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (U) : U๐๒๐๑ ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาคะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๓.๕

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ระบบยาเป็นส่วนสำคัญยิ่งของระบบสุขภาพ การจัดการความปลอดภัยด้านยา (Drug Safety Management) จะต้องครอบคลุมการจัดการความปลอดภัยในทุกกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับยา ตั้งแต่ การคัดเลือกและการ จัดหายา การกระจายยา การเก็บรักษายา การสั่งใช้ยา การเตรียมยาและการจ่ายยา การบริหารยาและการประเมินและ ติดตามการใช้ยา นอกจากนั้นความปลอดภัยด้านยายังมีขอบเขตรวมไปถึงการจัดการความปลอดภัยด้านยาในชุมชนในมิติ ของการกระจายยาที่เหมาะสมและการใช้ยา อย่างปลอดภัย เพื่อให้เกิดการใช้ยาอย่างปลอดภัย การใช้ยาที่เหมาะสม การ พัฒนาเครื่องมือเกี่ยวกับการจัดการความเสี่ยงหรือเหตุการณ์ที่นำมาใช้กับการบริหารจัดการระบบยาที่มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดการความปลอดภัยของยาในชุมชน

แผนดำเนินการ

๑. มีการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ทุกปี
๒. พัฒนาระบบงานต่างๆ เพื่อยกระดับความสำเร็จของการพัฒนาความปลอดภัยด้านยา

ค่าเป้าหมาย คะแนนเฉลี่ยการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยาไม่น้อยกว่า ๓.๕

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑
U๐๒๐๑ ผล การ ประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๓.๕	NA	๓.๑	๓.๒	๓.๓	๓.๔	๓.๕

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๑ ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๓.๒	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

ปี ๒๕๖๘

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ป๐๒๐๑ ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ๓.๒	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

ปี ๒๕๖๙

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ป๐๒๐๑ ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ๓.๒	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

ปี ๒๕๗๐

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ป๐๒๐๑ ผลการประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา คะแนนเฉลี่ย ไม่น้อยกว่า ๓.๒	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : -

คำอธิบาย : ประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา (๑๕ ข้อ)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: รวบรวมคะแนน ตามเกณฑ์ให้คะแนน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : -

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นางสาวนวรรตน์ ชูณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (U) : U๐๒๐๒ ผลการประเมินตามมาตรฐาน NCD Clinic Plus

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

ปัจจุบัน กลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการมากเป็นอันดับ ๑ ของอำเภอคีรีรัฐนิคม และมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหากผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือด หรือควบคุมความดันโลหิตได้ก็จะส่งผลตามมาในเรื่องของการเกิดภาวะแทรกซ้อนฉุกเฉินและ ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังต่างๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนทางไต ภาวะแทรกซ้อนทางตา ภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดสมองและหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งมีค่าใช้จ่าย ทางด้านสุขภาพ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจตามมา การพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นการประเมินตนเอง เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

แผนดำเนินการ

การพัฒนาการดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นการประเมินตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ ป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อของสถานบริการสาธารณสุข โดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA ภายใต้วงจร การพัฒนางานคุณภาพ PDCA (Plan Do Check Act) เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดำเนินงาน เพิ่มคุณภาพให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินเชิงกระบวนการตาม ๖ องค์ประกอบ และการประเมินผลลัพธ์ ตัวชี้วัดบริการที่สะท้อนกระบวนการและผลลัพธ์การดูแลสุขภาพของสถานบริการสาธารณสุข

คำเป้าหมาย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคีรีรัฐนิคมผ่านการรับรองมาตรฐาน NCD Clinic Plus

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลการดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๒๐๒ การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus	NA	๘๗.๕	๙๐	๙๒.๕	๙๕

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๒ การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus	๗๕	๘๐	๘๕	๘๗.๕	๙๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๒ การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus	๘๐	๘๕	๘๗.๕	๙๐	๙๒.๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๒ การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus	๘๕	๘๗.๕	๙๐	๙๒.๕	๙๕

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๒ การประเมินมาตรฐาน NCD Clinic Plus	๘๗.๕	๙๐	๙๒.๕	๙๕	๙๘

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : ระดับ คะแนนประเมิน คุณภาพ NCD Clinic Plus โดยแบ่งเป็น ๓ ส่วน

ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

ส่วนที่ ๒ การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการที่ใช้วัดผล ทั้งหมด ๑๓ ตัว

ส่วนที่ ๓ การพัฒนาคุณภาพงาน

คำอธิบาย : ระดับ คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus
ต่ำกว่าพื้นฐาน < ๖๕ คะแนน
ระดับพื้นฐาน ๖๕ – ๗๔ คะแนน
ระดับดี ๗๕ – ๗๙ คะแนน
ระดับดีมาก ๘๐ – ๘๔ คะแนน
ระดับดีเด่น ๘๕ – ๑๐๐ คะแนน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : การประเมิน NCD Clinic Plus

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	๑. นางสาวนวิรัตน์ ชูณรงค์	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
	๒. นางสาวจารุวรรณ คงชนะ	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (U) : U๐๒๐๓ ผลการประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ระดับดีเด่น (๕๒คะแนน)

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยปี ๒๕๖๖ ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หลังจากเมื่อสามปีก่อน นับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ที่ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงวัยอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี โดยประชากร ผู้สูงอายุในปี ๒๕๖๕ นั้นมีมากถึง ๑๒,๑๑๖,๑๙๙ คน คิดเป็น ๑๘.๓ % ของประชากรทั้งหมด เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว ๐.๕ % สำหรับอำเภอศรีรัฐนิคม มีจำนวนผู้สูงอายุ ในปี ๒๕๖๕ จำนวน ๑๖,๐๕๘ คน คิดเป็น ๑๗ % ของประชากรทั้งหมด โรงพยาบาลศรีรัฐนิคม ซึ่งเป็น โรงพยาบาล M๒ ขึ้นไป จำเป็นต้องมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้รับการดูแล ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้ สามารถดำรงชีวิต และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แผนดำเนินการ : พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ค่าเป้าหมาย : ระดับดีเด่น

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลการดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๒๐๓ การประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	ผ่านเกณฑ์	ดี (๔๐)	ดีมาก (๔๔)	ดีมาก (๔๘)	ดีเด่น (๕๒)

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๓ การประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	๒๘	๓๒	๓๖	๔๐	๔๔

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๓ การประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	๓๒	๓๖	๔๐	๔๔	๔๘

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๓ การประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	๓๖	๔๐	๔๔	๔๘	๕๒

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๓ การประเมินมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ	๔๐	๔๔	๔๘	๕๒	๖๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI :

คะแนนการประเมิน	๑. ด้านอาคารสถานที่	๑๓ คะแนน
	๒. ด้านบุคลากร	๑๒ คะแนน
	๓. ด้านการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	๒๗ คะแนน

คำอธิบาย : เกณฑ์การประเมินของเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคม

๒๐ คะแนน	ผ่านเกณฑ์
๓๖ คะแนน	ระดับดี
๔๔ คะแนน	ระดับดีมาก
๕๒ คะแนน	ระดับดีเด่น

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการ

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : Website สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	๑. นายสุรียา น้าขาว	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	๒. นางสาวรณิ นิยมจิตร	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (U) : U๐๒๐๔ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

จากนโยบายของกรมอนามัยกำหนดให้ทุกโรงพยาบาลมีการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็กให้ได้มาตรฐานภายใต้ เป้าหมายลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย โรงพยาบาลศรีรัฐนิคมได้มีการตอบสนองต่อนโยบายของกรมอนามัยและนโยบายของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี การพัฒนาคุณภาพงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อยกระดับการเข้าถึงบริการอนามัยแม่และเด็กที่ได้มาตรฐาน ลดอัตราการตายของมารดาและทารกในหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่งานฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอดและคลินิกสุขภาพเด็กดี ร่วมกับทีมในการขับเคลื่อน โดยใช้เกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กเป็นมาตรฐานกำกับ มีการควบคุมกำกับการพัฒนาโดยคณะกรรมการ MCH Board ระดับจังหวัด ซึ่งจะมีการประเมินรับรองคุณภาพทุก ๓ ปี

แผนดำเนินการ : พัฒนาระบบอนามัยแม่และเด็กให้ได้มาตรฐาน

๑. ขับเคลื่อนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ
๒. พัฒนามาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ
๓. พัฒนามาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ
๔. พัฒนามาตรฐานคลินิกสุขภาพเด็กดีคุณภาพ
๕. พัฒนามาตรฐานงานหลังคลอดคุณภาพ
๖. ออกนิเทศและติดตามงานอนามัยแม่และเด็กในหน่วยบริการปฐมภูมิ
๗. รับการประเมินมาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็ก จากทีม MCH Board ระดับจังหวัด

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๕

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลการดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๒๐๔ การประเมินรับรองมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	๙๐	๙๕	๙๕	๙๕	๙๕

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๔ การประเมินรับรองมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	๘๘	๘๙	๙๐	๙๑	๙๒

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๔ การประเมินรับรองมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	๘๘	๘๙	๙๐	๙๑	๙๒

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๔ การประเมินรับรองมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	๘๘	๘๙	๙๐	๙๑	๙๒

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๔ การประเมินรับรองมาตรฐาน อนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๙๕	๘๘	๘๙	๙๐	๙๑	๙๒

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{จำนวนหน่วยงานที่มีคะแนนประเมินมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนหน่วยงานที่รับการประเมินทั้งหมด}}$

คำอธิบาย : ผ่านการประเมินมาตรฐานงาน อนามัยแม่และเด็กทุกหน่วยงาน โดยมีคะแนนประเมินแต่ละหน่วยงานมากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ ๘๐ ประกอบด้วย ทีมนำ งานฝากครรภ์ งานห้องคลอด งานหลังคลอด คลินิกสุขภาพเด็กดี Club นมแม่ และ โรงเรียนพ่อแม่

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโดยทีม MCH Board ระดับจังหวัด

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวนวิรัตน์ ชูณรงค์

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. น.ส.จริยภรณ์ กักเหลี่ยม

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (U) : U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การควบคุมภายใน ด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ๕ มิติ (Electronics Internal Audit : EIA) เพื่อยกระดับมาตรฐาน การปฏิบัติงานครอบคลุมทุกหน่วยบริการ และเพื่อคัดกรองความเสี่ยงการปฏิบัติงาน และให้ข้อเสนอแนะการเพิ่มประสิทธิภาพ การเงินการคลังของหน่วยบริการ โดยผ่านการประเมินทั้ง ๕ มิติ ได้แก่

๑. มิติด้านการเงิน
๒. มิติด้านจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล
๓. มิติด้านงบการเงิน
๔. มิติด้านบริหารพัสดุ
๕. มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง

แผนดำเนินการ : ดำเนินการประเมินตนเองทุกปี

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลการดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๕๖.๗๕	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๕ โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน EIA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนนตัวชี้วัด} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของตัวชี้วัด}}$

คะแนนเต็มของตัวชี้วัด

คำอธิบาย : โรงพยาบาลผ่านการประเมินทั้ง ๕ มิติ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบทั้ง ๕ มิติ

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานเรียกเก็บและจัดหารายได้ งานการเงินและบัญชี งานพัสดุ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวพัชรี ไผ่สุข

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (U) : U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม และสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๙

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ทั้งในระดับ โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องได้รับการประเมินมาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ทุกแห่ง เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการการแพทย์แผน ไทยที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัยอย่างทั่วถึง และเท่าเทียมกัน ซึ่งการรับรองคุณภาพจะกระทำโดยองค์กรภายนอกที่เป็นกลาง เพื่อ เป็นหลักประกันว่าผลการรับรองนั้น จะเป็นที่น่าเชื่อถือ โดยก่อนที่จะขอรับการประเมินจะต้องประเมินและพัฒนาคุณภาพตาม มาตรฐานมาก่อนอย่างเข้มข้น ซึ่งองค์ประกอบมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสาน ประกอบด้วย ๕ ด้าน คือ ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้ และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ด้านการปฏิบัติงาน ด้านการ ควบคุมคุณภาพ และด้านการจัดบริการ สำหรับคลินิกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แผนดำเนินการ :

๑. ทบทวนระบบงานตามมาตรฐาน รพ.สส.พท.
๒. เตรียมการและรับการประเมินมาตรฐานตามวิชาชีพและมาตรฐานที่กำหนด
๓. พัฒนาระบบงานต่อเนื่องเพื่อเตรียมรับการประเมิน
๔. รับการประเมินเข้ามาตรฐาน รพ.สส.พท. และผ่านการรับรองมาตรฐาน รพ.สส.พท. จากการประเมินซ้ำ
๕. ดำเนินการและพัฒนาต่อเนื่องเพื่อธำรงไว้และเตรียมรับการประเมินซ้ำครั้งถัดไป

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๕

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลการดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ร้อยละ ๙๕	NA	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ร้อยละ ๙๕	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ร้อยละ ๙๕	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ร้อยละ ๙๕	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๖ ผลการประเมินรับรองมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (รพ.สส.พท.) ร้อยละ ๙๕	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $A + B + C + D + E$

A = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม

B = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในด้านบุคลากร

C = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในการปฏิบัติงาน

D = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในการควบคุมคุณภาพ

E = ร้อยละของคะแนนที่ได้ในการจัดบริการ

คำอธิบาย : มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน พิจารณาจากเกณฑ์ มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานประกอบด้วย ๕ ด้าน มีการคำนวณร้อยละในแต่ละด้าน

ร้อยละของคะแนนที่ได้ในแต่ละด้าน = $\frac{\text{คะแนนที่ได้ในแต่ละด้าน}}{\text{คะแนนเต็มในแต่ละด้าน}} \times 100$

คะแนนเต็มในแต่ละด้าน

คำนวณร้อยละของคะแนนที่ได้โดยมีการคำนวณน้ำหนักคะแนนของแต่ละด้านและรวมร้อยละของคะแนนที่ได้ในภาพรวมทั้ง ๕ ด้าน ดังนี้

มาตรฐาน	คะแนนที่ได้รับ	คะแนนเต็ม	รพช./รพท./รพศ.
๑. ด้านสถานที่ เครื่องมือ เครื่องใช้และสิ่งแวดล้อม	X๑	Y๑	$X๑ * ๑๕ / Y๑ = A$
๒. ด้านบุคลากร	X๒	Y๒	$X๒ * ๑๕ / Y๒ = B$
๓. ด้านการปฏิบัติงาน	X๓	Y๓	$X๓ * ๕ / Y๓ = C$
๔. ด้านการควบคุมคุณภาพ	X๔	Y๔	$X๔ * ๕ / Y๔ = D$
๕. ด้านการจัดบริการ	$E๑+E๒+E๓+E๔+E๕+E๖+E๗+E๘ = E$		
๕.๑ การจัดบริการผู้ป่วยนอก	X๕	Y๕	$X๕ * ๑๐ / Y๕ = E๑$
๕.๒ การจัดบริการผู้ป่วยใน	X๖	Y๖	$X๖ * ๕ / Y๖ = E๒$
๕.๓ การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ	X๗	Y๗	$X๗ * ๑๐ / Y๗ = E๓$
๕.๔ การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	X๘	Y๘	$X๘ * ๑๐ / Y๘ = E๔$
๕.๕ ระบบรายงาน	X๙	Y๙	$X๙ * ๕ / Y๙ = E๕$
๕.๖ การทำงานเชิงรุกในชุมชน	X๑๐	Y๑๐	$X๑๐ * ๑๐ / Y๑๐ = E๖$
๕.๗ การส่งเสริมอนุรักษ์ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย	X๑๑	Y๑๑	$X๑๑ * ๕ / Y๑๑ = E๗$
๕.๘ การฝึกอบรม	X๑๒	Y๑๒	$X๑๒ * ๕ / Y๑๒ = E๘$
รวมร้อยละของคะแนนที่ได้ในภาพรวมทั้ง ๕ ด้าน			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ๑. นางสาวจุฑามาศ สุขสม

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

๒. นางสาวศรีสกุล คงศรี

ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (U) : U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการ ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

จากข้อมูลรายงานของระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุขระหว่างปี ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ของอำเภอศรีรัฐนิคม พบว่ามีประชากรผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีจำนวนผู้สูงอายุในอำเภอศรีรัฐนิคมในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๖,๓๐๔ คน ปี ๒๕๖๕ จำนวน ๔,๔๐๑ คน และ ในปี ๒๕๖๖ จำนวน ๕,๐๖๙ คน ตามลำดับ สำหรับอำเภอศรีรัฐนิคมได้ดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุครบถ้วนทั้งหมด ๑๑ แห่งและได้มีการพัฒนาศักยภาพแพทย์และพยาบาลในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเป็นระยะๆ มีการจัดทำแนวทางการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุและปัญหาสุขภาพที่สำคัญหลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน และเชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อด้วยระบบ Smart COC

แผนดำเนินการ : การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์คุณภาพ

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลการดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	NA	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๘๐

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๗ ร้อยละของสถานบริการที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริการ	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : คะแนนการประเมิน

- | | |
|-------------------------------------|----------|
| ๑. ด้านอาคารสถานที่ | ๑๓ คะแนน |
| ๒. ด้านบุคลากร | ๑๒ คะแนน |
| ๓. ด้านการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ | ๒๗ คะแนน |

คำอธิบาย : แบบประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการ

- | | |
|----------|-------------|
| ๒๐ คะแนน | ผ่านเกณฑ์ |
| ๓๖ คะแนน | ระดับดี |
| ๔๔ คะแนน | ระดับดีมาก |
| ๕๒ คะแนน | ระดับดีเด่น |

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : แบบประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในสถานบริการ

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

<http://agingthai.dms.go.th/>และหรือ Health Data Center (HDC)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

- | | |
|-----------------------|-------------------------------------|
| ๑. นายสุริยา น้าขาว | ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๒. นางสาวรณิ นิยมจิตร | ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ |

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (U) : U๐๒๐๘ ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

อำเภอศรีรัตนนิคมมีแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญ ได้แก่ ป่าต้นน้ำบ้านน้ำลาด หิดพัด และคลองน้ำใส ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีนักท่องเที่ยวมาใช้บริการเป็นจำนวนมากจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ประชาชนได้บริโภคอาหารที่สะอาดปลอดภัย ภายใต้พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จึงต้องมีการพัฒนาและยกระดับการจัดการสุขาภิบาลอาหารให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน ของสถานประกอบกิจการด้านอาหารในแต่ละประเภทอย่างดียิ่ง รวมถึงการขับเคลื่อนในประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขาภิบาลอาหารปีงบประมาณ ๒๕๖๗ มุ่งพัฒนาและยกระดับระบบการจัดการสุขาภิบาลอาหารเพื่อรองรับการท่องเที่ยวไทย ภายใต้วิถีชีวิตใหม่ เพื่อยกระดับมาตรฐานและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านกฎหมายของสถานประกอบกิจการด้านอาหารประเภท ตลาด สถานที่จำหน่ายอาหารและสะสมอาหาร การจำหน่ายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ในพื้นที่ท่องเที่ยว ให้มีคุณภาพ เป็นไปตามกฎหมายและมาตรฐานการสุขาภิบาลอาหารพัฒนาระบบผังระวางส่งเสริมและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบกิจการ ผู้สัมผัสอาหาร และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และสามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในระดับพื้นที่ได้และส่งเสริมให้ประชาชนได้บริโภคอาหาร ที่สะอาด ปลอดภัย จากสถานประกอบกิจการด้านอาหารในแหล่งท่องเที่ยว

แผนดำเนินการ

๑. การตรวจเฝ้าระวังอาหารปลอดภัย
๒. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน
๓. การรายงานผลการดำเนินงาน
๔. สนับสนุนการดำเนินงานร้านอาหารปลอดภัยต้นแบบ

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U) : ๑.เกณฑ์มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑

๒.เกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (CleanFood Good Taste) ระดับพื้นฐาน

๓. เกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหาร “สถานที่จำหน่ายอาหาร” อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (CleanFood Good TastePlus) ระดับดีมาก

๔. เกณฑ์การรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัย หมายถึง สถาน ประกอบการอาหารที่จะได้รับป้ายรับรองมาตรฐานอาหารปลอดภัยจะต้อง เป็นสถานประกอบการอาหารที่ได้รับใบอนุญาตหรือหนังสือรับรองการแจ้งตามกฎหมายว่าด้วย การสาธารณสุขและผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานอาหารปลอดภัย ๔ องค์ประกอบหลัก ๑. ด้านสุขลักษณะทางกายภาพ อาคารสถานที่ (Place) ๒. ด้านคุณภาพอาหาร (Food) ๓. ด้านบุคลากร ผู้สัมผัสอาหาร (Food Handler) ๔. ด้านการบริการที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Green Service)

รายละเอียดการประเมิน

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน			
	๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๒๐๘ ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $(A*100)/B$

A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่ร่วมพัฒนาเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด

คำอธิบาย : เพื่อให้อำเภอศรีรัตนนิคมมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ มีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน สะอาด ปลอดภัยให้บริการในพื้นที่ ท้องเที่ยวแก่ผู้ใช้บริการ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีรัตนนิคม

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นางสาวจิราภรณ์ แซ่ไคว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๒ : การบริหารและการบริการมีมาตรฐานและเข้าถึงง่าย

ตัวชี้วัดที่ (U) : U๐๒๐๘ ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันทำให้แบบแผนการดำรงชีวิตเปลี่ยนแปลงไปเกิดปัจจัยเสี่ยงที่เป็นภัยคุกคามสุขภาพทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมไปถึง โรคติดต่อที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน คือ COVID-๑๙ การสร้างภูมิคุ้มกันที่เข้มแข็งให้กับคนไทยโดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของประชาชน ด้วยแนวคิดในการพัฒนาวิถีชีวิตไทยให้ห่างไกลและปราศจากปัจจัยเสี่ยง มีปัจจัยเสริมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ดีสร้างภูมิคุ้มกันและสุขภาพะของทั้งสังคม สามารถ ลดโรคและภัยคุกคามสุขภาพได้และนโยบายเน้นหนัก“การสร้างสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ” ซึ่งจะต้องมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน ได้ สามารถจัดการสุขภาพเพื่อการพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน โดยรัฐบาลกำหนดนโยบายด้านการดูแลสุขภาพยกระดับการพัฒนางานสาธารณสุขเชื่อมต่อนโยบาย ๓ หมอ (อสม.หมอประจำบ้าน หมอ รพ.สต. หมอเวชศาสตร์ครอบครัว) โดยการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นหมอประจำบ้าน ควบคู่กับการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ พร้อมทั้ง เพิ่มประสิทธิภาพระบบการบริการสาธารณสุขในชุมชนผ่านการ พัฒนาระบบการแพทย์ทางไกลควบคู่ไปกับการเพิ่มบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อลดโรคและปัญหาสุขภาพ สามารถลดความแออัดของโรงพยาบาล ลดการพึ่งพาโรงพยาบาล มุ่งหมายให้ ประชาชนมีความสามารถแสดงบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชน/หมู่บ้าน โรงเรียน สังคม สิ่งแวดล้อม โดยเน้นหลักการการมีส่วนร่วมและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน

แผนดำเนินการ : ดำเนินการประเมินตนเองทุกปี

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลการดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๒๐๘ ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	๕๖.๗๕	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๘ ตำบลมีการดำเนินงานจัดการ สุขภาพตามกระบวนการ TPAR โดยมี หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับพัฒนาขึ้นไปไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐ ในตำบล	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๘ ตำบลมีการดำเนินงานจัดการ สุขภาพตามกระบวนการ TPAR โดยมี หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับพัฒนาขึ้นไปไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐ ในตำบล	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๒๐๘ ตำบลมีการดำเนินงานจัดการ สุขภาพตามกระบวนการ TPAR โดยมี หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับพัฒนาขึ้นไปไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐ ในตำบล	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

เป้าประสงค์ที่ : G๓ : ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ

ตัวชี้วัดที่ (KPI) : K๓ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการมีความพึงพอใจ > ๘๕%

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ความพึงพอใจเป็นผลที่เกิดขึ้น เนื่องจากการประเมินสิ่งที่ได้รับหลังจากการได้รับบริการจากสถานบริการ และเป็นตัวชี้วัดที่สามารถบ่งบอกได้ถึงคุณภาพการให้บริการอีกด้วย และยังมีประเด็นที่ผู้รับบริการยังมีความพึงพอใจน้อย เช่น ระยะเวลารอคอยในการรับบริการทุกขั้นตอน ระบบรักษาความปลอดภัยและเวรยามการติดต่อประสานงานระหว่างหน่วยงานมีความรวดเร็ว ป้ายบอกจุดบริการ/ป้ายประชาสัมพันธ์/ป้ายจราจรมีความชัดเจนเข้าใจง่าย และความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวกเช่น ที่จอดรถ โรงอาหาร ห้องน้ำ ที่นั่งคอยรับบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่ผู้รับบริการมีความคิดเห็นว่าควรปรับปรุงเช่น การให้บริการของเจ้าหน้าที่ และความสะอาดของอาคาร/สถานที่ เป็นต้น

แผนกลยุทธ์ :

พัฒนาระบบบริการของหน่วยงานด้วยการบริการที่รวดเร็ว เทคโนโลยีมีความทันสมัยหลากหลายทางเลือกบริการ เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพโดยอาศัยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยในการให้บริการและสื่อสารข้อมูลสุขภาพของผู้รับบริการ

แผนดำเนินการ :

พัฒนาการให้บริการที่สร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะในประเด็นที่ยังมีความพึงพอใจน้อยโดยใช้ข้อมูลจากการประเมินความพึงพอใจและระบบ RM ตลอดจนมีการควบคุม ติดตาม และประเมินการให้บริการอย่างต่อเนื่อง

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๕

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลการดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการมีความพึงพอใจ > ๘๕%	NA	๘๓	๘๔	๘๕	๘๖

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีความพึงพอใจ > ๘๕%	๘๐	๘๑	๘๒	๘๓	๘๔

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีความพึงพอใจ > ๘๕%	๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	๘๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีความพึงพอใจ > ๘๕%	๘๒	๘๓	๘๔	๘๕	๘๖

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการมีความพึงพอใจ > ๘๕%	๘๒	๘๓	๘๔	๘๕	๘๖

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times ๑๐๐$

คะแนนเต็ม

คำอธิบาย : ผู้ใช้บริการผู้ป่วยนอกมีความพึงพอใจ พิจารณาผลการประเมินความพึงพอใจที่ดำเนินการประเมินเป็นประจำทุกเดือน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ใช้แบบสอบถามความพึงพอใจจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยเก็บข้อมูลทุกเดือนจากแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวจุฑามาศ สุดสงวน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

เป้าประสงค์ที่ : G๔ : ระบบการเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K๔ ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ ร้อยละ ๘๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา: การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายพัฒนาระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและเอื้อ ประโยชน์ต่อประชาชนทั่วประเทศ ให้สามารถเข้าถึงและได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ จึงมีการทบทวนบทบาทภารกิจหลักในการ จัดตั้งระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขแห่งชาติ ภายใต้หลักการให้มีการเฝ้าระวังและใช้ประโยชน์ทุกระดับเพื่อตรวจจับเหตุผิดปกติ ตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ระบบเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพประกอบด้วย ๕ ระบบย่อย ได้แก่ ระบบการเฝ้าระวังโรคติดต่อ ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อ ระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ และระบบเฝ้าระวัง โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สามารถนำมาใช้ประโยชน์ใน ๕ มิติ คือ

๑) ทราบปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค

๒) ทราบ ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพแล้วนำไปสู่การแก้ไข

๓) ทราบขนาดของปัญหา ได้แก่ อัตราป่วย และอัตราตาย

๔) ตรวจจับความผิดปกติ ของการเกิดโรคโดยใช้การเฝ้าระวังเหตุการณ์ และ

๕) ผลผลิตจากการเฝ้าระวังนำไปสู่การตอบโต้ภาวะโรคและภัยสุขภาพได้ทัน เหตุการณ์ เพื่อส่งเสริมให้มีการใช้ประโยชน์ข้อมูลข่าวสารและผลผลิตจากการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากข้อมูลการให้บริการของโรงพยาบาลศิริราชค้นพบว่า กลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนอำเภอศิริราชมีทั้งหมด ๕ กลุ่มโรค ได้แก่

๑. โรคเบาหวาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จากข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ อำเภอศิริราชค้นพบว่า มีผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน ๒,๒๓๙ คน ได้รับการตรวจระดับ HbA๑c จำนวน ๑,๖๘๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๕.๒๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีจำนวน ๗๖๙ คิดเป็นร้อยละ ๓๔.๓๕ สถานการณ์ ๓ ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยโรคเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเกณฑ์ แต่มีแนวโน้มการคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้เพิ่มขึ้น ซึ่งคณะกรรมการได้มีการประชุมและวางแผน ทบทวนการดำเนินการจัดทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเอง ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น

๒. โรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จากข้อมูล HDC ณ วันที่ ๒๑ มิถุนายน ๒๕๖๖ พบว่า อำเภอศิริราชมีเป้าหมายคัดกรองความดันโลหิตสูง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๔,๘๘๙ คน ได้รับการคัดกรอง จำนวน ๑๓,๗๕๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๒.๓๔ แบ่งเป็นกลุ่มปกติ จำนวน ๑๒,๖๔๑ คน ร้อยละ ๙๑.๘๘ กลุ่มเสี่ยง จำนวน ๖๒๓ คน ร้อยละ ๔.๕๓ สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จำนวน ๔๒๙ คน ร้อยละ ๓.๑๒ สงสัยป่วยส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน ๒๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๐.๒๐ จากสถานการณ์การคัดกรองความดันโลหิตสูงกลุ่มปกติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นพบรายใหม่ลดลงจากปีที่ผ่านมา

๓. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอศิริราชค้นพบว่า จังหวัดสุราษฎร์ธานีมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๑๗.๘๔ (๗,๖๕๖ คนจากประชากร ๔๔,๑๑๖ คน) จากการคัดกรองเป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี ๗,๔๖๐ คน

(๙๗.๔๓%) กลุ่มติดบ้าน ๑๔๕ คน (๑.๘๙%)และกลุ่มติดเตียง ๕๑ คน (๐.๖๖%) ดำเนินงานตาม SALE Model ประกอบด้วย Screening , Aging Health Club , Long Term Care, และ End of life Care มีชมรมผู้สูงอายุ ๑๑ ชมรม โรงเรียนผู้สูงอายุ ๔ โรงเรียน และตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ทั้ง ๘ ตำบล คิดเป็น ๑๐๐% มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม และศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ให้บริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร โดยมีปัญหาเรื่องการขาดความต่อเนื่องในการดูแล เนื่องจากการถ่ายโอน และโยกย้ายของ Care Manager ผู้สูงอายุที่มีภาวะบกพร่องระยะต้น (MCI) ในแต่ละพื้นที่ ยังไม่ได้รับการฟื้นฟูสมองครอบคลุมทุกคน เนื่องจากปัญหาการเดินทางไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟู คิดว่าเป็นความเสื่อมตามวัย และภาระงานของหน่วยงานปทุมภูมิ ไม่สามารถจัดบริการด้านส่งเสริม ป้องกันได้ครอบคลุมทุกปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ

๔. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยจำนวนหญิงฝากครรภ์อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๖๘ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๘๖ ในปี ๒๕๖๔ จำนวน ๖๗ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๗๖ และในปี ๕๐ ราย คิดเป็นร้อยละ ๒.๓๑ ปัญหาส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติด ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยพบว่าวัยรุ่นเข้ามารับบริการด้านการคุมกำเนิดน้อย ส่งผลให้มีการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเพิ่มมากขึ้น

๕. อุบัติเหตุทางถนน สถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนเดือนมกราคม - เมษายน ๒๕๖๖ พบผู้บาดเจ็บทั้งหมด ๑๘๐ ราย นอนโรงพยาบาลจำนวน ๓๕ ราย ส่งต่อจำนวน ๗๒ ราย เสียชีวิต ๓ ราย และกลับบ้านจำนวน ๗๐ ราย โดยส่วนใหญ่เกิดจากการโดยสารรถจักรยานยนต์ และความประมาทของผู้เกิดอุบัติเหตุ

กลยุทธ์: พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีสารสนเทศ (S2 มีทีมงานบุคลากรที่เข้มแข็งช่วยเหลือกันและกัน, O6 ความครอบคลุมของการมีสิทธิการรักษาพยาบาลในระดับสูง)

แผนดำเนินการ : พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไข้เลือดออก โรคพิษณุ การดูแลมารดาทารก และภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เป็นต้น

ค่าเป้าหมาย : K๔ ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด	HDC สสจ.สฎ	๙๒.๒๒	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘

(CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๘						
U๐๔๐๒ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อ เทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๖๐- ๒๕๖๔) ร้อยละ ๒๐	ตัวชี้วัด สสจ.สฎ	๕๘.๕	๒๐	๒๐	๒๐	๒๐
U๐๔๐๓ ANC คุณ ภาพ (ฝากครรภ์ คุณภาพ ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	HDC สสจ.สฎ	๑๑.๗๔	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรอง สมอง เสื่อมในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	HDC สสจ.สฎ	๗๓.๓๘	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๗๒	HDC สสจ.สฎ	๘๙.๖๖	๖๗	๖๙	๗๐	๗๒

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๘	๘๖	๘๘	๙๐	๙๒	๙๔
U๐๔๐๒ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อ เทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๖๐- ๒๕๖๔) ร้อยละ ๒๐	๐	๕	๑๐	๒๐	๒๐
U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๒.๕	๘๕
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๒	๖๔	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘	๘๖	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖
U๐๔๐๒ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อ เทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๖๐- ๒๕๖๔) ร้อยละ ๒๐	๐	๕	๑๐	๒๐	๒๐
U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๗๕	๘๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๒	๖๕	๖๖	๖๗	๖๙	๗๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
U๐๔๐๒ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อ เทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๖๐- ๒๕๖๔) ร้อยละ ๒๐	๐	๕	๑๐	๒๐	๒๐
U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๘๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๒	๖๖	๖๗	๖๙	๗๐	๗๒

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐
U๐๔๐๒ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อ เทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๖๐- ๒๕๖๔) ร้อยละ ๒๐	๐	๕	๑๐	๒๐	๒๐
U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๑๐๐
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐	๙๕
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๒	๖๗	๖๙	๗๐	๗๒	๗๔

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๔๐๑ ถึง U๐๔๐๕} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๔๐๑ ถึง U๐๔๐๕}}$

คะแนนเต็มของคะแนน U๐๔๐๑ ถึง U๐๔๐๕

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายบุญธรรม มิ่งแก้ว ตำแหน่ง รักษาการแทนสาธารณสุขอำเภอคีรีรัฐนิคม
๒. นางสาวเยาวดี โพกุล ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม

เป้าประสงค์ที่ : G๔ : ระบบการเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘

สถานการณ์และสภาพปัญหา : การปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุขตามนโยบายพัฒนากระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพและเอื้อ ประโยชน์ต่อประชาชนทั่วประเทศ ให้สามารถเข้าถึงและได้รับการบริการอย่างมีคุณภาพ จึงมีการทบทวนบทบาทภารกิจหลักในการ จัดตั้งระบบเฝ้าระวังทางสาธารณสุขแห่งชาติ โรคไม่ติดต่อเป็นกลุ่มโรคที่ต้องมีระบบการเฝ้าระวังโรคและป้องกันโรคที่มี ประสิทธิภาพ จากข้อมูล การให้บริการของโรงพยาบาลศิริราชภูมิ พบว่า โรคที่สำคัญในพื้นที่ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น อุบัติเหตุทางถนน โรคหลอดเลือดสมอง และ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน เป็นต้น เป็นกลุ่มโรคที่ ต้องมีการเฝ้าระวังและป้องกันโรคที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อจะ ช่วยป้องกันการเกิดโรค ลดความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ ประชาชนมีสุขภาพที่ดี

แผนดำเนินการ : พัฒนาระบบการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และสามารถควบคุมระดับความรุนแรงของโรคได้มีระบบตรวจคัดกรองและเฝ้าระวังโรค ตลอดจนเสริมสร้างความรู้และทักษะใน การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยง ต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๘	๙๒.๒๒	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘	๘๖	๘๘	๙๐	๙๒	๙๔

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘	๘๖	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๔๐๑} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๔๐๑}}$

คะแนนเต็มของคะแนน U๐๔๐๑

คำอธิบาย : U๐๔๐๑ ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและ หลอดเลือด (CVD Risk) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๘ ผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐ - I๑๕) อายุ ๓๕ - ๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน(E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐ - I๑๕) อายุ ๓๕ - ๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมดในอำเภอศรีรัตนนิคม

สูตรการคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) x ๑๐๐}}{\text{จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ทั้งหมดในอำเภอศรีรัตนนิคม}}$$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ส่วนงาน NCD

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวนวรรตน์ ชูณรงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒. นางสาวจารุวรรณ คงชนะ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๒ อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อ เทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๖๐- ๒๕๖๔) ร้อยละ ๒๐	๐	๕	๑๐	๒๐	๒๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๒ อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อ เทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๖๐- ๒๕๖๔) ร้อยละ ๒๐	๐	๕	๑๐	๒๐	๒๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๒ อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อ เทียบกับ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๖๐- ๒๕๖๔) ร้อยละ ๒๐	๐	๕	๑๐	๒๐	๒๐

สูตรการคำนวณ

๑. สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : ๑. อัตราผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ปี ๒๕๖๖ (X)

$$X = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเดือนมกราคม - ธันวาคม ๒๕๖๖} \times ๑๐๐๐๐๐}{\text{จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๖}}$$

๒. ค่ามัธยฐานอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ย้อนหลัง ๕ ปี (Y) = ค่ามัธยฐานของอัตราป่วย ๕ ปี ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔)

๓. ร้อยละของอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน (Z) =

$$\frac{(X - Y) \times 100}{Y}$$

คำอธิบาย : ความสำเร็จในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีประสิทธิภาพ การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ไข้เลือดออกในชุมชนโดยข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังโรค รายงาน ๕๐๖

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : รายงาน ๕๐๖

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : งานระบาดวิทยาและควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานบริการด้านปฐมนุรักษ์และองค์กรร่วม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวปิยะดา นาคสด ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข

๒. นางสาวจิราภรณ์ แซ่โค้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๔ : ระบบการเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา : ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๕ เพื่อจัดบริการอนามัยแม่และเด็กที่มีมาตรฐานและคุณภาพ สร้างการเข้าถึงการบริการอนามัยแม่และเด็กอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ใน สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชน ในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่ และเด็กให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีนโยบายให้สถานบริการสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง จัดบริการฝากครรภ์ตามนโยบายการฝากครรภ์คุณภาพสำหรับประเทศไทย พ.ศ.๒๕๖๕ จากฝากครรภ์ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ เป็น ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์ โดยเริ่มปรับเปลี่ยนการจัดเก็บตัวชี้วัดตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ โรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จึงได้ปรับเปลี่ยนแนวทางการฝากครรภ์คุณภาพ เพื่อตอบสนองนโยบายดังกล่าว

แผนดำเนินการ : ๑. พัฒนามาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ

๒. พัฒนาระบบบริการหน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐานฝากครรภ์คุณภาพ

๓. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ ที่มีภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	๑๑.๗๔	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๓ ANC คุณภาพ (ฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์) ร้อยละ ๙๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๘ ครั้ง ตามเกณฑ์(ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม ANC)

B = จำนวนหญิงทุกรายที่คลอดในเวลาเดียวกัน(ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม Labour)

คำอธิบาย : หญิงตั้งครรภ์หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยงโดยผ่านการ คัดกรองและประเมิน ความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามิน ฯลฯ ตามสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินไม่อยู่ในกลุ่ม เสี่ยงได้มาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน ๘ ครั้งดังนี้

ครั้งที่ ๑ เมื่ออายุครรภ์ $\leq$ ๑๒ สัปดาห์

ครั้งที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์ ๒๐ สัปดาห์

ครั้งที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์

ครั้งที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์ ๓๐ สัปดาห์

ครั้งที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์ ๓๔ สัปดาห์

ครั้งที่ ๖ เมื่ออายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์

ครั้งที่ ๗ เมื่ออายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์

ครั้งที่ ๘ เมื่ออายุครรภ์ ๔๐ สัปดาห์

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม , Health Data Center

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวนวรรตน์ ชูณรงค์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
๒. นางสาวจริยภรณ์ ก๊กเหลียม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๔ : ระบบการเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U๐๔๐๔. ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา: ปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสื่อมทั้งทางร่างกาย จิตใจ มีรูปแบบลักษณะเฉพาะของความ เจ็บป่วยที่ซับซ้อนและแตกต่างจากวัยอื่นๆ เป็นอย่างมาก แม้ว่าผู้สูงอายุ จะได้รับยา และเข้ารับการรักษาตามอาการ เจ็บป่วย แต่ด้วยอวัยวะต่างๆ ที่มีความเสื่อมถอยตามวัย จึงมีอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยที่ไม่ตรงไปตรงมา ประกอบ กับมีโรคประจำตัวร่วมหลายระบบ ทำให้ยาก ต่อการวินิจฉัยโรคด้วยแพทย์ทั่วไป ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มการเจ็บป่วยได้ง่าย และเรื้อรัง ปัญหาที่พบบ่อย ในผู้สูงอายุได้แก่ การนอนไม่หลับ การกลืน เบื่ออาหาร กระดูกพรุน ปัสสาวะเล็ด กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การพลัดตก หกล้ม โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะสมองเสื่อม ความทรงจำ ถดถอย หน่วยบริการปฐมภูมิมีการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม ความทรงจำถดถอย สุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ ใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ คัดกรอง จำนวน ๖,๓๐๔ คน (ร้อยละ ๙๗.๖๐) พบปกติ ๖,๒๕๔ คน (ร้อยละ ๙๙.๒๑) ผิดปกติ ๔๙ คน (ร้อยละ ๐.๗๘) ไม่ระบุ ๑ คน (ร้อยละ ๐.๐๑) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ คัดกรอง จำนวน ๔,๔๐๑ คน (ร้อยละ ๖๕.๙๘) พบปกติ ๔,๓๒๙ คน (ร้อยละ ๙๘.๓๖) ผิดปกติ ๘๑ คน (ร้อยละ ๑.๖๔) และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ คัดกรอง จำนวน ๕,๐๖๙ คน (ร้อยละ ๗๓.๓๘) พบปกติ ๔,๙๖๑ คน (ร้อยละ ๙๗.๘๗) ผิดปกติ ๑๐๘ คน (ร้อยละ ๒.๑๓) เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองได้รับการดูแลรักษา ตามปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม ในการ ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

แผนดำเนินการ ๑. แต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานผู้สูงอายุในเครือข่าย

๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่าย ในการคัดกรองสุขภาพและภาวะ สมองเสื่อมใน ผู้สูงอายุ

๓. ดำเนินการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ และส่งต่อในรายที่ผิดปกติเข้าคลินิกผู้สูงอายุ

๔. พัฒนาระบบสารสนเทศการให้ความรู้ การสื่อสาร

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๗๓.๓๘	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๒.๕	๘๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๗๕	๘๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๘๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๔ ความครอบคลุมการคัดกรองสมองเสื่อมในผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐	๙๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: $A/B \times 100$

A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม

B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด

คำอธิบาย : การคัดกรองภาวะสมองเสื่อม หมายถึง การใช้เครื่องมือตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดในการคัดกรองผู้สูงอายุ ในเรื่องความทรงจำและพฤติกรรม เพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม คลินิกผู้สูงอายุหมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่ กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพ ตามที่ กรมการแพทย์กำหนด)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ข้อมูลการคัดกรองสมองเสื่อม ใน HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ ทุกสถานบริการปฐมภูมิคัดกรองผู้สูงอายุสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือBGS

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นายสุรียา น้ำขาว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๒. นางสาวรณิ นิยมจิตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๔ : ระบบการเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U๐๔๐๕ เด็ก ๓-๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๗๕

สถานการณ์และสภาพปัญหา : จากการสำรวจสภาวะการเกิดโรคฟันผุในโรงเรียนของเด็กในเขตอำเภอคีรีรัฐนิคม ปี พ.ศ. ๒๕๖๕ พบว่านักเรียนมีสภาวะฟันแท้ผุ เหตุเนื่องมาจากการแปรงฟัน ที่ไม่มีประสิทธิภาพ ความไม่ครอบคลุมในการดำเนินกิจกรรมการแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน ขาดการดูแลเอาใจใส่จากผู้ปกครองในเรื่องทันตสุขภาพ และการบริโภคอาหารหวานที่เอื้อต่อการเกิดฟันผุ รวมทั้งไม่ได้รับการทางทันตกรรม เป้าหมายของ กระทรวงสาธารณสุขตั้งเป้าให้ เด็กไทยปราศจากฟันผุในช่องปาก โดยเด็กนักเรียนชั้น ป.๑ - ป.๖ ต้องได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ในช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ เด็กช่วงวัยอายุ ๖ - ๑๒ ปี ต้องได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ และเด็กช่วงวัยชั้น ป.๖ ต้องมีฟันดี ไม่มีผุไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๒

แผนดำเนินการ : จัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้านทันตกรรมสำหรับเด็ก เพื่อกระตุ้นและสร้างสุขนิสัยรักฟันให้กับเด็กนักเรียนในโรงเรียนประถมศึกษา การเคลือบหลุมร่อง ฟันแท้ และการทาฟลูออไรด์วานิช เพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ ให้กับเด็กนักเรียน เพิ่มช่องทางการให้บริการทางทันตกรรมแก่เด็กนักเรียน

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๗๕

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๓-๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๗๒	๘๙.๖๖	๖๗	๖๙	๗๐	๗๒

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ ๗๒	๖๔	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๒	๖๕	๖๖	๖๗	๖๙	๗๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๒	๖๖	๖๗	๖๙	๗๐	๗๒

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๔๐๕ เด็กอายุ ๑๒ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๒	๖๗	๖๙	๗๐	๗๒	๗๔

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : รายการข้อมูล A / รายการข้อมูล B x ๑๐๐

คำอธิบาย : B หมายถึง เด็กอายุ ๓-๑๒ ปี (คน) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร

A หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจฟันที่ไม่มีฟันแท้(คน)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลลงโปรแกรม JHCIS

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นางสาวจุฑามาศ สุขสม ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุข

๒. ทพญ.ภัทริยาภรณ์ ศรีบุรุษ ตำแหน่ง : หัวหน้างานทันตกรรม

เป้าประสงค์ที่ : G๕ การจัดการเมืองสมุนไพรและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (KPI) : K๕ ร้อยละของสถานบริการ มีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ ๘๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน โดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างไร้รอยต่อ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพผลลดภัยในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นที่ตั้ง ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดและมีแนวโน้มในภาพรวมสูงขึ้นทุกปี อีกทั้งในปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ นโยบายของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเมืองสมุนไพร และการแพทย์แผนไทย เป็น ๑ ใน ๓ จุดเน้นของจังหวัดอีกด้วย อีกทั้งยังพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มด้านการท่องเที่ยวต่อเศรษฐกิจในระดับชุมชน และเป็นเป้าหมายของการท่องเที่ยว

กลยุทธ์ :

พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และฟื้นฟูสภาพไปยังกลุ่มผู้ป่วยและผู้รับบริการที่มีความจำเป็น ตลอดจนการจัดบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว (W๕ : O๑๓O๑๔)

แผนดำเนินการ :

๑. พัฒนาศักยภาพการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน
๒. ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรด้วยความสะดวก ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย

คำเป้าหมาย : ร้อยละของสถานบริการ มีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาผู้ป่วย ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของ ตัวชี้วัดและคำ เป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	คำเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖ ๗	๒๕๖ ๘	๒๕๖ ๙	๒๕๗ ๐
U๐๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๗๐)	HDC สสจ.สฎ เป้าหมายปี ๖๖	๑๔.๓	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการ วินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย	รายงาน ประจำปี (กลุ่ม งานการแพทย์ แผนไทย และ การแพทย์ ทางเลือก สสจ.)	รพ.สต.ใน จังหวัด	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจต , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	สสจ.สฎ	NA	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๗๐)	๑๐	๑๑	๑๒	๑๔	๑๖
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจต , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๗๐)	๑๑	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่าง สมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจต , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๗๐)	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่าง สมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจต , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๗๐)	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐	๒๒
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแล	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐

ด้วยการแพทย์แผนไทย					
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่าง สมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รางจืด , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๕๐๑ ถึง U๐๕๐๒} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน U๐๕๐๑ ถึง U๐๕๐๒}}$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายบุญธรรม มิ่งแก้ว ตำแหน่ง รักษาการแทนสาธารณสุขอำเภอคีรีรัฐนิคม
๒. นางสาวเยาวดี โทกุล ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม

เป้าประสงค์ที่ : G๕ การจัดการเมืองสมุนไพรและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U๐๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๗๐)

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลรักษาสุขภาพของประชาชน โดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างไร้รอยต่อ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นที่ตั้ง ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญ เพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดและมีแนวโน้มในภาพรวมสูงขึ้นทุกปี อีกทั้งในปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ นโยบาย ของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเมืองสมุนไพร และการแพทย์แผนไทย เป็น ๑ ใน ๓ จุดเน้นของจังหวัดอีกด้วย อีกทั้งยังพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มด้านการท่องเที่ยวต่อเศรษฐกิจในระดับชุมชน และเป็นเป้าหมายของการท่องเที่ยว

กลยุทธ์ :

พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และฟื้นฟูสภาพไปยังกลุ่มผู้ป่วยและผู้รับบริการที่มีความจำเป็น ตลอดจนการจัดบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว (W๕ : O๑๓O๑๔)

แผนดำเนินการ :

๑. พัฒนาศักยภาพการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน
๒. ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรด้วยความสะดวก ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖ ๗	๒๕๖ ๘	๒๕๖ ๙	๒๕๗ ๐
ปอ๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๗๐)	๑๔.๓	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ปอ๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๔	๑๐	๑๑	๑๒	๑๔	๑๖

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ปอ๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๖	๑๑	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ปอ๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๘	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐

ปี ๒๕๖๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ อัตราผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐	๒๒

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๕๐๑}}{\text{คะแนนเต็มของ U๐๕๐๑}} \times ๑๐๐$

คะแนนเต็มของ U๐๕๐๑

คำอธิบาย : U๐๕๐๑ ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกร้อยละ ๒๐ (ในปี ๒๕๖๐) หมายถึง สัดส่วนของจำนวนครั้งที่ประชาชนมารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมถึงกิจกรรมบริการบุคคล (กลุ่ม I บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน) ต่อจำนวนครั้งที่ประชาชนมารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

สูตรการคำนวณ : $\frac{B}{A} \times ๑๐๐$

A

A = จำนวนครั้งของการบริการผู้ป่วยนอกทั้งหมดของโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม

B = จำนวนครั้งของการบริการผู้ป่วยนอกการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ๑. นางสาวจุฑามาศ สุขสม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
๒. นางสาวศรีสกุล คงศรี ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G๕ การจัดการเมืองสมุนไพรและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การบริหารป็นสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การบริหารป็นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือนตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึง ชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการ หรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วย ระยะกลาง ใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและ ให้บริการ intermediate bed/ward) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย I๖๐ ถึง I๖๙

คำนิยามด้านการแพทย์แผนไทย อัมพฤกษ์ (Paresis) อัมพาต (paralysis) เป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติในการควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น เกิดจากหลอดเลือดในสมองตีบ อุดตัน หรือแตกหรือเกิดจาก สมองไขสันหลัง หรือเส้นประสาทได้รับบาดเจ็บ หรือมีอาการอักเสบ เป็นต้น ในทางการแพทย์แผนไทยได้มีการระบุสมุฏฐานไว้ว่า เกิดจากลมอโรคะมาวาตา และลมอุทธีคะมาวาตา พัดระคนกัน (แพทยศาสตร์สงเคราะห์, ๒๕๔๒: ๒๕๔๖) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยรหัสโรคด้านการแพทย์แผนไทย U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ได้แก่

๑. การตรวจประเมินทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๒. การรักษาและฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
 - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
 - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
 - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
 - การฝังเข็ม

๓. การรักษาด้วยยาสมุนไพร ตามข้อบ่งใช้บัญชียาหลักชาติ อาจพิจารณานำยาในกลุ่มรายการยารักษาอาการกล้ามเนื้อและกระดูก ได้แก่ ยาแก้ลมอัมพฤกษ์, ยาผสมโคคลาน, ยาผสมเถาวัลย์เปรียง, และยาสหัสธารา มาใช้เพื่อร่วมรักษาอาการของโรคอัมพฤกษ์อัมพาต (บัญชียาหลักแห่งชาติ, ๒๕๕๘)

เงื่อนไขการให้รหัสผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ที่ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑. แพทย์แผนปัจจุบัน ให้รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง: 1๖๐
- เลือดออกในสมองใหญ่: 1๖๑
- เลือดออกในกะโหลกศีรษะแบบอื่นที่ไม่เกิดจากการบาดเจ็บ: 1๖๒
- เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: 1๖๓
- โรคอัมพาตเฉียบพลัน ไม่ระบุว่าเป็นเกิดจากเลือดออกหรือเนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: 1๖๔
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงก่อนถึงสมอง ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: 1๖๕
- การอุดตันและตีบของหลอดเลือดแดงของสมอง แต่ไม่ทำให้เนื้อสมองตายเพราะขาดเลือด: 1๖๖
- โรคหลอดเลือดสมองอื่น: 1๖๗
- โรคหลอดเลือดสมองในโรคที่จำแนกไว้ที่อื่น: 1๖๘
- ผลที่ตามมาของโรคหลอดเลือดสมอง: 1๖๙

๒. แพทย์แผนไทย ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทยที่เกี่ยวข้องกับอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้

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

ควบคุมกับการให้รหัสการแพทย์แผนไทย (๙๐๐-๙๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๙๘-๘๘) หรือการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยวหรือยาสมุนไพรตำรับที่มี รหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ ในพื้นที่รับผิดชอบในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

๓. แพทย์แผนจีน ให้การวินิจฉัยภายหลังแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งมีการวินิจฉัยรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ อย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ตามด้วยรหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมอง และโรคตามมาจากระบาดหลอดเลือดสมอง ดังนี้

- โรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลมภายใน (Apoplectic wind stroke): U๗๘.๑๑๐
- อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง (Prodrome of wind stroke): U๗๘.๑๑๑
- โรคตามมาจากระบาดหลอดเลือดสมอง (Sequelae of wind stroke): U๗๘.๑๑๒
- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณแขนง (Collateral stroke): U๗๘.๑๑๓

- โรคหลอดเลือดสมองในระดับเส้นลมปราณหลัก (เส้นจิง) โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการหนักขึ้น (Meridian stroke): U๗๘.๑๑๔

- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะกลาง โรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการเบากว่าโรคหลอดเลือดสมองที่อวัยวะตัน (Bowel stroke): U๗๘.๑๑๕

- โรคหลอดเลือดสมองในระดับอวัยวะตัน (Visceral stroke): U๗๘.๑๑๖

- อัมพาตครึ่งซีก (Hemiplegia): U๗๘.๑๑๗ ควบคู่กับการให้หัตถการการแพทย์แผนจีนที่เกี่ยวข้องกับโรคหลอดเลือดสมองระยะฟื้นฟู อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

๙๙๙๑๘๐๑ Electro-acupuncture therapy

๙๙๙๑๘๑๐ Single-handed needle insertion

๙๐๒๑๘๐๑ Subcutaneous electro-needling

๙๙๙๑๘๑๑ Double-handed needle insertion

๙๐๓๑๘๐๑ Muscle electro-needling

กลยุทธ์ :

เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองอัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) เข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ครอบคลุมสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base)

แผนดำเนินการ :

ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (Community base) ที่มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาตระยะกลาง (Intermediate Care) ทั้งผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก

ค่าเป้าหมาย :

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย	รายงานประจำปี (กลุ่มงานการแพทย์ แผนไทย และ การแพทย์ทางเลือก สสจ.)	รพ.สต. ใน จังหวัด	๒๕	๓๐	๓๕

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๒ ร้อยละของจำนวนผู้มีการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ อัมพาต ระยะกลาง ได้รับการดูแลด้วยการแพทย์แผนไทย	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนผู้ป่วย IMC ที่ได้รับบริการแพทย์แผนไทยฯ (คน) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้นด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ ในพื้นที่รับผิดชอบ - ควบคู่กับ U๖๑.๐ ถึง U๖๑.๑๙ และให้หักการแพทย์แผนไทย (๑๐๐-๗๗-๐๐) ถึง (๙๐๐-๗๘-๘๘) - หรือควบคู่กับ U๗๘.๑๑๐ ถึง U๗๘.๑๑๗ และให้หักการ

แพทย์แผนจีน ๙๙๙๑๘๐๑ หรือ ๙๙๙๑๘๑๐ หรือ ๙๐๒๑๘๐๑ หรือ ๙๙๙๑๘๑๑ หรือ ๙๐๓๑๘๐๑ ใด
อย่างหนึ่ง (คน)

B = จำนวนผู้ป่วย IMC ทั้งหมด (คน) ที่มีประวัติการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีรหัส ๓ ตัวหลักขึ้นต้น
ด้วย 1๖๐ ถึง 1๖๙ ในพื้นที่รับผิดชอบ (คน)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ๑. นางสาวจุฑามาศ สุขสม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
๒. นางสาวศรีสกุล คงศรี ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G๕ การจัดการเมืองสมุนไพรและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (U) : U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจต , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

พืชสมุนไพรเป็นสิ่งที่อยู่คู่คนไทยมานานซึ่งมีความหลากหลายและเป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างกันไปตามแต่ละสังคมและวัฒนธรรม การใช้ยาสมุนไพรนั้นตอบสนองความต้องการทางด้านการรักษาสุขภาพและความเจ็บป่วยของประชาชนได้เป็นอย่างดีมาตั้งแต่อดีตด้วยวิถีธรรมชาติบำบัด สมุนไพรไทยเป็นสิ่งที่มีความค่าใช้ประโยชน์ได้จริง แต่จากการพัฒนาในทุกด้านที่ยึดการพัฒนาตามระบบทุนนิยม ทำให้ชุมชนมีค่านิยมตามแนวทางของตะวันตกเป็นหลัก โดยเฉพาะด้านการจัดการสุขภาพที่เน้นการพึ่งพิงจากภายนอกเป็นส่วนใหญ่ สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ภูมิปัญญาและองค์ความรู้การดูแลสุขภาพไม่ได้รับการพัฒนา ทำให้ชุมชนได้รับประโยชน์จากพืชสมุนไพรน้อย ทั้งๆที่สมุนไพรเหล่านี้มีอยู่ในชุมชน

ดังนั้นควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ให้มีสุขภาพที่ดีและมีความรู้ในการนำสมุนไพรไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง จึงควรสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพสุขภาพของตนเอง โดยใช้สมุนไพร การแพทย์พื้นบ้าน ในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้เป็นไปอย่างถูกต้องเป็นระบบ สามารถปรับประสานการดูแลสุขภาพแผนปัจจุบันได้ ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาโรค/อาการเจ็บป่วยเบื้องต้น และเป็นการลดรายจ่ายในการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาล เพื่อให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้มากขึ้น นอกจากนี้ควรส่งเสริมการปลูกพืชสมุนไพร ทำสวนสมุนไพรเรียนรู้ในชุมชน สมุนไพร ซึ่งการจัดทำสวนสมุนไพรในโครงการนี้จะเน้นการปลูกสมุนไพรสาธารณสุขมูลฐานเนื่องจากเป็นสมุนไพรที่กระทรวงสาธารณสุขได้คัดเลือกเพื่อใช้ในการรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยเบื้องต้นได้ดี เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้สมุนไพรได้อย่างถูกวิธี ถูกต้อง มีความปลอดภัย และเป็นแหล่งรวบรวมสมุนไพรไว้ให้เยาวชนรุ่นหลังได้ทำการศึกษาต่อไป

กลยุทธ์ :

๑. ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้การใช้ประโยชน์ของพืชสมุนไพรในการพึ่งพาตนเองเบื้องต้น
๒. ผู้เข้าร่วมโครงการได้ปลูกสมุนไพรริมรั้วเพื่อไว้ใช้ภายในครัวเรือนและการรักษาโรค
๓. โครงการมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องสมุนไพรและสามารถถ่ายทอดสู่ชุมชนได้
๔. มีสวนสมุนไพรเพื่อการศึกษาแก่คนในชุมชนและหน่วยงานต่าง ๆ และเป็นแหล่งผลิตวัตถุดิบสมุนไพร สามารถพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรใช้ในชุมชนได้

แผนดำเนินการ :

๑.รับสมัครคัดเลือกตัวแทนครัวเรือนที่มีความประสงค์จะปลูกสมุนไพรขึ้นรั้ว เพื่อสุขภาพที่ดีในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตและเบาหวาน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของโครงการ กฎกติกา มารยาทในการเข้าร่วมโครงการและให้ความรู้เกี่ยวกับพืชผักสมุนไพรที่จะนำมาปลูกติดตามผลโครงการ ๒ เดือนครั้ง

๒.จัดกิจกรรมเวิร์คช็อป ในหัวข้อ การนำสมุนไพรที่ปลูก มาใช้เป็นยารักษาโรคเบื้องต้นในกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ

๓. สร้างแหล่งความรู้ในชุมชน โดยจัดซื้อหนังสือสมุนไพรต่างๆและวัสดุอุปกรณ์ในการสร้างแหล่งเรียนรู้

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖ ๗	๒๕๖ ๘	๒๕๖ ๙	๒๕๗ ๐
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจ็ด , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	NA	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจ็ด , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจ็ด , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจ็ด , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๓ ประชาชนมีการปลูกและใช้ยาสมุนไพรอย่างสมเหตุสมผล (ขมิ้น , ตะไคร้ , ใบเตย , ว่านหางจระเข้ , รากเจ็ด , มะระขี้นก) ร้อยละ ๖๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐ (แห่ง) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐาน (ระดับดีเยี่ยม/ดีมาก/ดี/พื้นฐาน)

B = จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐทั้งหมด (แห่ง) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ๑. นางสาวจุฑามาศ สุขสม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
๒. นางสาวศรีสกุล คงศรี ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G๕ : การจัดการเมืองสมุนไพรและท่องเที่ยวเชิงสุขภาพมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัด (KPI) : K๖ จำนวนของสถานประกอบการผ่านการยกระดับหรือแหล่งท่องเที่ยวผ่านมาตรฐานท่องเที่ยวเชิงภูมิปัญญาของอำเภอศรีรัตนนิคม

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

ตามที่กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายในการส่งเสริมสนับสนุนให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานมีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของประชาชน โดยแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน เพื่อให้การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บูรณาการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันอย่างไร้รอยต่อ โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพผลความปลอดภัยในการดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นที่ตั้ง ได้กำหนดเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การแพทย์แผนไทยเป็นส่วนหนึ่งของการจัดบริการสุขภาพมากขึ้น พบว่า ตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดและมีแนวโน้มในภาพรวมสูงขึ้นทุกปี อีกทั้งในปี ๒๕๖๖-๒๕๗๐ นโยบาย ของ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี ให้ความสำคัญกับการพัฒนาเมืองสมุนไพร และการแพทย์แผนไทย เป็น ๑ ใน ๓ จุดเน้นของจังหวัดอีกด้วย อีกทั้งยังพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผลิตภัณฑ์สมุนไพรเชื่อมโยงแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพื่อสร้างคุณค่าและมูลค่าเพิ่มด้านการท่องเที่ยวต่อเศรษฐกิจในระดับชุมชน และเป็นเป้าหมายของการท่องเที่ยว

กลยุทธ์ :

พัฒนาการบริการการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการให้บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และฟื้นฟูสภาพไปยังกลุ่มผู้ป่วยและผู้รับบริการที่มีความจำเป็น ตลอดจนการจัดบริการที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว (W๕ : O๑๓O๑๔)

แผนดำเนินการ :

๑. พัฒนาศักยภาพการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรไทยที่มีคุณภาพมาตรฐาน
๒. ส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและสมุนไพรด้วยความสะดวก ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย

เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๗	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖ ๗	๒๕๖ ๘	๒๕๖ ๙	๒๕๗ ๐
U๐๕๐๑ ส่งเสริมสมุนไพรในท้องที่ เข้าสู่สินค้า OTOP และมีการจำหน่ายตามสถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	NA	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๖

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ ส่งเสริมสมุนไพรในท้องที่ เข้าสู่สินค้า OTOP และมีการจำหน่ายตามสถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ ส่งเสริมสมุนไพรในท้องที่ เข้าสู่สินค้า OTOP และมีการจำหน่ายตามสถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ ส่งเสริมสมุนไพรในท้องที่ เข้าสู่สินค้า OTOP และมีการจำหน่ายตามสถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ ส่งเสริมสมุนไพรในท้องที่ เข้าสู่สินค้า OTOP และมีการจำหน่ายตามสถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๕๐๑ ส่งเสริมสมุนไพรในท้องที่ เข้าสู่สินค้า OTOP และมีการจำหน่ายตามสถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน U๐๕๐๑}}{\text{คะแนนเต็มของ U๐๕๐๑}} \times ๑๐๐$

คะแนนเต็มของ U๐๕๐๑

คำอธิบาย : ปี ๒๕๖๑ ร้อยละของการส่งเสริมสมุนไพรในท้องถิ่นที่ เข้าสู่สินค้า OTOP และมีการจำหน่ายตามสถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

ส่งเสริมสมุนไพรในท้องถิ่นที่ เข้าสู่สินค้า OTOP และมีการจำหน่ายตามสถานที่ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ หมายถึง การส่งเสริม พัฒนา และยกระดับผลผลิตสมุนไพรพื้นที่อำเภอศรีรัตนนิคม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : เป็นข้อมูลจากระบบ Health Data Central (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

๑. นางสาวจุฑามาศ สุขสม	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
๒. นางสาวศรีสกุล คงศรี	ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G๖ : ภาคิและเครือขายบริการสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัดหลัก (K) : K๗ ความสำเร็จในการพัฒนาเครือขายและภาคิสุขภาพเข้มแข็ง ร้อยละ ๘๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา: จากการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์และปัจจัยสิ่งแวดล้อมต่างๆ ส่งผลทำให้วิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของ ประชาชนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพของประชาชน เช่น มีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ทำให้ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม รับประทานอาหารผักและผลไม้ไม่เพียงพอ พฤติกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดปัญหา สุขภาพตามมา ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพาต อัมพฤกษ์ เป็นต้น และเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ในพื้นที่ ซึ่งโรคหรืออาการดังกล่าวเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศไทยในปัจจุบัน และมีแนวโน้มของปัญหาที่ รุนแรงมากขึ้น เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคม เป็นองค์กรหนึ่งในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้คนในพื้นที่มีสุขภาพดีโดยการส่งเสริม สร้างความเข้มแข็งของชุมชน เป็นกลไกสำคัญที่ต้องมีภาคิเครือข่ายในการดูแลสุขภาพชุมชน เพื่อสามารถถ่ายทอดความรู้และ เสริมสร้างสุขภาพที่ดีให้กับชุมชน ดังนั้น ภาคิเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้ความสามารถและทักษะในการจัดการด้านสุขภาพ ตลอดจนให้บริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อันจะส่งผลให้ ประชาชนมีสุขภาพที่ดีขึ้นในอนาคต ภาคิเครือข่ายการดูแลสุขภาพชุมชน คือ กลุ่มแกนนำชุมชน หรือผู้นำชุมชน รวมถึงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในชุมชน ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน

กลยุทธ์: สร้างเครือขายและภาคิสุขภาพเข้มแข็งภายใต้การสนับสนุนของผู้บริหารโรงพยาบาลและการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพของเครือขายและภาคิสุขภาพในพื้นที่ (S๒ มีบุคลากรที่เข้มแข็งช่วยเหลือซึ่งกันและกัน, S๖ มีการสนับสนุนงบประมาณในภาคิและเครือขายอย่างต่อเนื่องและพอเพียง, O๓ การประสานงานของเครือขายสุขภาพมีความเข้มแข็งและได้รับความร่วมมืออย่างดี, O๑๐ ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนอื่นๆเป็นอย่างดี)

แผนดำเนินการ : พัฒนาภาคิเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีความเข้มแข็ง โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ชมรมผู้สูงอายุ กองทุน LTC กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล และการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ

ค่าเป้าหมาย : K๖ ความสำเร็จในการพัฒนาเครือข่ายและภาคีสุขภาพเข้มแข็ง ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของ ตัวชี้วัดและ ค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอคีรีรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	คบสอ. (กำหนดเอง)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรม ร้อยละ ๑๐๐	คบสอ. (กำหนดเอง)	ดีเด่น	ดีมาก	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	คบสอ. (กำหนดเอง)	๕๒.๕๓	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบลเบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	คบสอ. (กำหนดเอง)		๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	สสจ.	NA	๕	๗	๙	๑๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอคีรีรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรม ร้อยละ ๑๐๐	ดีมาก	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	๓	๕	๗	๙	๑๑
U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบลเบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	๗๒	๗๔	๗๖	๗๘	๘๐

U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	๓	๔	๕	๖	๗
---	---	---	---	---	---

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ คิรีรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรม ร้อยละ ๑๐๐	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	๕	๗	๙	๑๑	๑๓
U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบล เบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	๘๔	๘๔.๕	๘๔	๘๔.๕	๘๕
U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	๕	๖	๗	๘	๙

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ คิรีรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรม ร้อยละ ๑๐๐	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	๗	๙	๑๑	๑๓	๑๕

U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบล เบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	๘๖	๘๗	๘๘	๘๙	๙๐
U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	๖	๗	๘	๙	๑๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ คิรีรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรม ร้อยละ ๑๐๐	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	๙	๑๑	๑๓	๑๕	๑๗
U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบล เบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	๙๐	๙๓	๙๕	๙๗	๑๐๐
U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	๘	๙	๙	๑๐	๑๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : ผลรวมของคะแนน U๐๖๐๑ ถึง U๐๖๐๕ x ๑๐๐

คะแนนเต็มของคะแนน U๐๖๐๑ ถึง U๐๖๐๕

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายบุญธรรม มิ่งแก้ว ตำแหน่ง รักษาการแทนสาธารณสุขอำเภอคิรีรัฐนิคม
๒. นางสาวเยาวดี โพกุล ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคิรีรัฐนิคม

เป้าประสงค์ที่ : G๖ : ภาครัฐและเครือข่ายบริการสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอคีรีรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา : กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายที่จะ ขับเคลื่อน และยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ของ กระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่ มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” และเสริมความเข้มแข็ง บริการด้านสาธารณสุข ซึ่งภายในทศวรรษต่อไป คนไทยทุกคนจะมีสุขภาพแข็งแรงเพิ่มขึ้น ผ่านแผนแม่บท การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (๔ Excellence Strategies) PP&P/ Service/ People/ Governance Excellence โดยพัฒนา และขับเคลื่อนผ่านนโยบาย “คนไทยทุกคนครบถ้วน มีหมอประจำตัว ๓ คน” เน้นการ ดูแลที่บ้านและชุมชน “ดูแลใกล้ตัว ใกล้บ้าน ใกล้ใจ” ส่งเสริมเครือข่ายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้ครอบคลุมเชื่อมโยงทุกพื้นที่ เพื่อให้ขับเคลื่อน ไปในทิศทางเดียวกัน บูรณาการการดำเนินงานที่ เกี่ยวข้องไปกับพื้นที่เป้าหมายทั้งในระดับ อำเภอ, ตำบลชุมชน และหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ ด้านสุขภาพในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาค ประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในชุมชน ให้มีการบูรณาการร่วมกันกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ช่วยกันค้นหาหรือกำหนด ปัญหาสุขภาพกำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการ พัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้ง นวัตกรรมต่างๆ เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็ง ประชาชนมี สุขภาพดี และพึ่งพาตนเองด้วยความร่วมมือ ร่วมใจ ประสานพลังของทุกภาคส่วนในระดับอำเภอไปถึงชุมชน , หมู่บ้าน, ครอบครัวและรายบุคคล ในการจัดการ สุขภาพด้วยตนเองอย่างเชื่อมโยงกับการจัดการปัญหา และมีระบบรองรับที่มีความพร้อมและมีศักยภาพ

แผนดำเนินการ : พัฒนาและสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนในอำเภอคีรีรัฐนิคม

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอคีรีรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ศิริรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ศิริรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ศิริรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๑ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ศิริรัฐนิคมขับเคลื่อนงานตามภารกิจและผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : ผลรวมของคะแนน U๐๖๐๑ x ๑๐๐

คะแนนเต็มของคะแนน U๐๖๐๑

คำอธิบาย : U๐๖๐๑ เป็นการประเมินผลการขับเคลื่อนงานตามภารกิจหลักของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีรัฐนิคม ซึ่งมีภารกิจหลักทั้งหมด ๔ ประเด็น

สูตรการคำนวณ

ผลการขับเคลื่อนงานตามภารกิจหลัก x ๑๐๐

จำนวนภารกิจหลักคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีรัฐนิคม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : การขับเคลื่อนงานตามภารกิจหลักคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีรัฐนิคม

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอศรีรัฐนิคม

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ-สกุล นายสุรียา น้าขาว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๖ : ภาศึและครือข่ายบริการสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรมร้อยละ ๑๐๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นนโยบายของรัฐที่ให้ผู้สูงอายุมารวมตัวกันเป็นกลุ่ม โดยธรรมชาติ เพื่อแก้ไขปัญหาหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จโดยอาศัยความร่วมมือจากภาครัฐ เป็นการพัฒนาตามแนวคิดประชาสังคม โดยเน้นความร่วมมือ ร่วมใจ ระหว่างประชาชนกับภาครัฐในการ ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้น หากชมรมผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นภายใต้การรวมตัวกันของผู้สูงอายุและมีความเข้าใจ ในหลักการของ การจัดตั้งชมรมว่าเป็นของตนเอง โดยตนเอง เพื่อตนเองและสังคม มีความสามัคคี ช่วยเหลือเกื้อกูล ซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์จากการเข้าเป็นสมาชิกในชมรม ทั้งด้านการดูแลสุขภาพกาย และ สุขภาพจิต เป็นที่ยอมรับของสมาชิกในชมรม ย่อมเป็นปัจจัยที่ทำให้ชมรมผู้สูงอายุนั้นเกิดความเข้มแข็ง มีการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง ดังนั้นการส่งเสริมและพัฒนาชมรมผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะช่วยส่งเสริมให้มีการดำเนินการอย่างเข้มแข็ง และยั่งยืน

แผนดำเนินการ : มีการประเมินชมรมผู้สูงอายุตามเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

ค่าเป้าหมาย : ดีเด่น

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรมร้อยละ ๑๐๐	ดีเด่น	ดีมาก	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรมร้อยละ ๑๐๐	ดีมาก	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรม ร้อยละ ๑๐๐	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรม ร้อยละ ๑๐๐	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๒ ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์คุณภาพทุกชมรม ร้อยละ ๑๐๐	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น	ดีเด่น

สูตรการคำนวณ

ผลรวมของคะแนน U๐๖๐๒ x ๑๐๐

คะแนนเต็มของคะแนน U๐๖๐๒

คำอธิบาย : ผลการประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

คะแนน ๙๑ - ๑๐๐ ระดับ ดีเด่น

คะแนน ๘๑ - ๙๐ ระดับ ดีมาก

คะแนน ๗๑ - ๘๐ ระดับ ดี

คะแนน ๕๑ - ๗๐ ระดับ พอใช้

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : การประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพทุกปี

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : คณะกรรมการประเมินชมรมผู้สูงอายุอำเภอศรีรัตนนิคม และแบบประเมินชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล ๑. นายสุรียา น้าขาว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
 ๒. นางสาวรณิ นิยมจิตร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๖ : ภาครัฐและเครือข่ายบริการสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ณ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา : จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยในทศวรรษที่ผ่านมาแนวโน้มสัดส่วนของ ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นในขณะที่สัดส่วนของประชากรในวัยต่างๆเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วระบบบริการและสวัสดิการ ต่างๆทางด้านสังคมไม่เพียงพอโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะมีผลต่อการดูแลด้านสุขภาพของตนเองตามมา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านสุขภาพจากการถดถอยและเสื่อมลงของสุขภาพเป็นผลทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ เบียดเบียน เช่นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความผิดปกติทางสายตา การเกิดโรคระดูกและข้อและพิการ มักจะพบ ปัญหาทางด้านสุขภาพ กายและจิตใจร่วมด้วย

ข้อมูลสถิติปี ๒๕๖๖ อำเภอศรีรัตนนิคม มีประชากรทั้งหมด ๔๒,๒๒๔ คน มีผู้สูงอายุจำนวน ๖,๙๐๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๓๖ ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน ๖,๖๗๑ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๖.๕๗ จำแนก เป็นกลุ่มติดสังคมจำนวน ๖,๔๘๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๙๗.๒๑ กลุ่มติดบ้านจำนวน ๑๔๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๒.๑๗ กลุ่มติดเตียงจำนวน ๔๑ คนคิดเป็นร้อยละ ๐.๖๒ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุมีสภาพปัญหาที่มีความหลากหลายในแต่ละคนเช่น ปัญหาโรคเรื้อรังความดันโลหิตสูง เบาหวาน ปัญหาช่องปาก ปัญหาการมองเห็น เสี่ยงต่อการหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะนอนไม่หลับ ภาวะทุโภชนาการ เป็นต้น จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าหากไม่เร่งแก้ไขปัญหาคาดว่าอนาคตจะมีผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงมากขึ้นทั้งจากโรคและความเสื่อมถอยตามวัย หากรวมในทุกกลุ่มวัยที่มีภาวะพึ่งพิงด้วยแล้ว จึงเป็นอีก ปัญหาหนึ่งที่ทุกภาคส่วนควรร่วมกันวางแผนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว (Long Term Care)

แผนดำเนินการ : ๑. แต่งตั้งคณะทำงาน กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงาน Long Term Care ในเครือข่าย

๒. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

๓. ทุกหน่วยบริการสาธารณสุขดำเนินการสำรวจและวางแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิ์ข้อมูลเพื่อให้ท้องถิ่นยืนยันสิทธิ์ละของงบประมาณจาก สปสช. รวมทั้งเปิดประชุมกองทุน Long Term Care เพื่ออนุมัติงบประมาณการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

๔. หน่วยบริการสาธารณสุขจัดทำโครงการตามแผนที่ได้รับอนุมัติ ติดตามดูแลรายบุคคลตามแผนที่วางไว้ ประเมินผลหลังดำเนินการ ๙ เดือน และ๑๒ เดือนเพื่อขอรับงบประมาณต่อไป

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ฌ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	๕๒.๕๓	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ฌ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	๓	๕	๗	๙	๑๑

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ฌ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	๕	๗	๙	๑๑	๑๓

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ฌ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	๗	๙	๑๑	๑๓	๑๕

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๓ การเบิกจ่ายเงินกองทุน LTC ฌ ๓๐ ก.ย. ร้อยละ ๑๐๐	๙	๑๑	๑๓	๑๕	๑๗

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $A/B \times 100$

A = จำนวนสถานบริการที่เบิกจ่ายเงินกองทุน LTC

B = จำนวนสถานบริการทั้งหมด

คำอธิบาย : กองทุน LTC หมายถึง กองทุนกรณีพิเศษที่ได้จัดตั้งขึ้นเพื่อการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงทุกสิทธิระยะยาว ดำเนินการจัดตั้ง กองทุนโดยท้องถิ่นทุกตำบลยื่นเรื่องขอทำสัญญาเพื่อรับเงินในการดูแลผู้มีสิทธิดังกล่าวกับ สปสช. ได้สำเร็จ ผู้มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ผู้ที่มีผลการคัดกรอง ADL barthel index (การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน) แล้วพบว่าได้ คะแนนน้อยกว่า ๑๒ (๐ - ๑๑) คะแนน สถานบริการ หมายถึง หน่วยงานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิในอำเภอศรีรัตนนิคม ทั้งในความดูแลขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลการใช้เงินกองทุน LTC ของ สปสช.

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กองทุน LTC

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นายสุริยา น้าขาว

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๖ : ภาศึและเครือช่ยบริการสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U๐๖๐๔. กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบลเบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา: ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับ ท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยประกาศใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป ภายใต้ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๔๕ มาตรา ๔๗ มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการบริหารจัดการกองทุน เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกในพื้นที่ โดยสนับสนุนให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ร่วมดำเนิน กิจกรรมการจัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นให้ประชาชนเข้าถึงการจัดบริการสาธารณสุขได้มากขึ้น ประชาชนมีบทบาทเข้ามา มีส่วนร่วมบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ การจัดการสุขภาพของชุมชนมีการจัดบริการสุขภาพ ที่ สอดคล้องกับบริบทหรือปัญหาของพื้นที่ และเกิดความมั่นใจมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทุกกลุ่มวัย

แผนดำเนินการ

๑. แต่งตั้งคณะกรรมการกองทุนท้องถิ่น ซึ่งเป็นผู้จัดการภายใต้ความเห็นชอบ ของคณะกรรมการ โดยเงินหรือสินทรัพย์ งบประมาณในการ สนับสนุน ประกอบด้วยเงินจาก สปสช. เงินจาก อปท. รายได้อื่นๆ และค่าบริการ สาธารณสุขอื่น เช่น ค่าบริการ LTC

๒. การใช้จ่ายเงินตามแผนงานงาน/โครงการ/ กิจกรรม ที่ ได้รับการอนุมัติจาก คณะกรรมการ

๓. ดำเนินการขอรับงบประมาณ โดย (หน่วยบริการ, สถานบริการ, หน่วยงานสาธารณสุข, องค์กร หรือกลุ่มประชาชน และหน่วยงานอื่นๆ ฯลฯ)

๔. รายงานกองทุน ผ่านโปรแกรม บริหารจัดการใน ระบบออนไลน์ <http://obt.nhso.go.th๒obt>

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบล เบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	๕๒.๕๓	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบลเบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๒.๕	๘๕

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบลเบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	๘๔	๘๔.๕	๘๔	๘๔.๕	๘๕

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบลเบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	๘๖	๘๗	๘๘	๘๙	๙๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๔ กองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบลเบิกจ่ายเงิน ร้อยละ ๙๐	๓	๔	๔	๕	๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: KPI : สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $A/B \times 100$

A = จำนวนสถานบริการที่เบิกจ่ายเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ

B = จำนวนสถานบริการทั้งหมด

คำอธิบาย : กองทุนหลักประกันสุขภาพ คือ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การฟื้นฟู สมรรถภาพ และการรักษาพยาบาล ระดับปฐมนุ มิที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลการใช้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพทุกตำบลในพื้นที่อำเภอศรีรัตนนิคม

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กองทุนหลักประกันสุขภาพ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นายสุริยา น้ำขาว

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๖ : ภาศึและครือข่ายบริการสุขภาพเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด (U) : U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)

สถานการณ์และสภาพปัญหา : คุณภาพการให้บริการเป็นการตอบสนองความต้องการ บนพื้นฐานความคาดหวังของผู้รับบริการ อันประกอบไปด้วยเกณฑ์ต่างๆ หลายประการ อาทิ ความเชื่อมั่นไว้วางใจ การเข้าถึงบริการ การสื่อสารที่มีมิตรไมตรี ความมั่นคงปลอดภัย เป็นต้น ในการให้บริการสุขภาพ ปฐมภูมินั้นมีความเชื่อมโยงกับการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมอย่างต่อเนื่อง ผสมผสาน มุ่งเน้นการป้องกัน ส่งเสริมการสร้างองค์ความรู้ ในการสร้างสุขภาพะทั้งของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน โดยอาศัยพื้นฐานหรือบริบทเดิมแห่งการดำรงชีวิตและวัฒนธรรมพื้นถิ่น การให้บริการสุขภาพปฐมภูมิจึงมีความละเอียดอ่อนที่มีมิติแห่งการดูแลสุขภาพมากกว่าการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว

เกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุผล ให้หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมินำไปพัฒนาการให้บริการ เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ดังที่กล่าวเบื้องต้น เพื่อให้ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงมีหน้าที่จัดทำแผนงาน ในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมินั้น ที่ระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทั้งนี้เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และคุณภาพ มาตรฐานในที่สุด

แผนดำเนินการ :

๑. จัดประชุมเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อรับทราบแนวทางการประเมินการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ
๒. ทุก รพ.สต. ดำเนินการประเมินตนเองในระบบออนไลน์
๓. รพ.สต. ดำเนินการพัฒนาตามเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีการติดตาม ตรวจสอบและให้คำแนะนำโดยคณะกรรมการ คบสอ.ศิริราชนิคม
๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีลงพื้นที่ประเมินการพัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิทุก รพ.สต.

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดกระบวนการ	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๕	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	NA	๕	๗	๙	๑๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	๓	๔	๕	๖	๗

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	๕	๖	๗	๘	๙

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	๖	๗	๘	๙	๑๐

ปี ๒๕๖๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๖๐๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐ (ทั้งหมด ๑๐ แห่ง)	๘	๙	๙	๑๐	๑๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : ผลรวมคะแนนส่วนที่ ๑ - ๘ X ๑๐๐

คะแนนเต็มส่วนที่ ๑ - ๘

คำอธิบาย : ๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกัน และขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิประกอบด้วย ๘ ส่วน ได้แก่ ด้านระบบบริหารจัดการ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ด้านระบบสารสนเทศ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภค ๗๙ ทุกข้อ ด้านสุขภาพ (คส.) และด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ๑. รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูล,

๒. คณะกรรมการประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิระดับจังหวัด ประเมิน ตรวจสอบ และแก้ไขการรับรอง

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : รพ.สต. ประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับจังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ชื่อ - สกุล นายสุริยา น้ำขาว

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๗ : การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดหลัก (KPI) : K๘ ความสำเร็จในการบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ ร้อยละ ๘๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

การบริหารการเงินการคลังเครือข่าย อย่างมีประสิทธิภาพ มีผลโดยตรงกับสถานการณ์การเงินการคลังของ หน่วยบริการในเครือข่าย ซึ่งมีระบบบริหารจัดการด้านการเงินการคลังที่ดี ต้องสามารถบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับจัดสรรแบบเหมาะสม รายหัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อให้บริการด้านสุขภาพของประชาชน ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน โรค การรักษาโรคและการฟื้นฟูได้อย่างมีประสิทธิภาพ มาตรการในการแก้ไขปัญหาโรงพยาบาลที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินเป็นหลักเกณฑ์ในการจัดสรรเงินภายในเขต การเพิ่มงบประมาณให้หน่วยบริการในเครือข่าย ที่มีความเสี่ยงทางการเงินและการพัฒนาบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับ งานบริหารการเงินการคลังโรงพยาบาล (Chief Financial Officer) เพื่อให้สถานการณ์ด้านการเงินการคลังใน ภาพรวมไม่ตกอยู่ในระดับวิกฤติกล่าวคือ โรงพยาบาลต้องมีสภาพคล่องทางการเงินที่เหมาะสม สามารถใช้งบประมาณที่ได้รับ จัดการบริการให้ผู้รับบริการได้ตามสิทธิประโยชน์การประเมินสถานการณ์ด้านการเงินการคลังหน่วยบริการในเครือข่ายของภาครัฐ (วิกฤติ การเงิน) สามารถประเมินโดยใช้อัตราส่วนทางการเงินแยกเป็นกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (current ratio) ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑.๕๐ เท่า อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (quick ratio) ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑.๐ เท่า อัตราส่วนเงินสดหรือรายการเทียบเท่า เงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (cash and cashequivalence ratio) ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๘๐ เท่า

กลยุทธ์:

๑. พัฒนาศักยภาพการสร้างรายได้จากบริการในกลุ่มผู้ป่วยและผู้รับบริการกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่

๑. เพิ่มรายได้ผู้ป่วยในสิทธิ UC
๒. เพิ่มรายได้ผู้ป่วยในสิทธิเบิกได้กรมบัญชีกลางและสิทธิประกันสังคม
๓. เพิ่มรายได้จากบริการทันตกรรม
๔. เพิ่มรายได้จากการทำผลงาน ANC
๕. เพิ่มรายได้จากการรักษาผู้ป่วยกายภาพ
๖. เพิ่มรายได้จากงานบริการแพทย์แผนไทย

๒. ส่งเสริมการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพโดยอาศัยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการดำเนินงาน ประกอบกับการสร้างความสัมพันธ์อันดีกับภาคส่วนต่างๆ ในการสนับสนุนการบริการที่สามารถลดต้นทุนบริการได้

แผนดำเนินการ

หน่วยบริการจัดทำแผนการพัฒนาระบบบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพ

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัด และค่า เป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
หน่วยบริการมีอัตราส่วนทุนหมุนเวียน เท่ากับหรือมากกว่า ๑.๐	เครือข่าย (กำหนดเอง)	NA	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
หน่วยบริการมีอัตราส่วนทุนหมุนเวียน เท่ากับหรือ มากกว่า ๑.๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕

ปี ๒๕๖๘

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
หน่วยบริการมีอัตราส่วนทุนหมุนเวียน เท่ากับ หรือ มากกว่า ๑.๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๖๙

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
หน่วยบริการมีอัตราส่วนทุนหมุนเวียน เท่ากับ หรือ มากกว่า ๑.๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

ปี ๒๕๗๐

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
หน่วยบริการมีอัตราส่วนทุนหมุนเวียน เท่ากับ หรือ มากกว่า ๑.๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times 100$
 คะแนนเต็ม (๕ คะแนน)

คำอธิบาย :

กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย

- อัตราส่วนทุนหมุนเวียน (current ratio) ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑.๕๐ เท่า
- อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (quick ratio) ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๑.๐ เท่า
- อัตราส่วนเงินสดหรือรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน (cash and cashequivalence ratio) ต้องมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๘๐ เท่า

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: จัดเก็บจากรายงานงบการเงิน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ งานการเงินและบัญชี

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ๑. นางสาวพัชรี ไผ่สุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

เป้าประสงค์ที่ : G๘ : ระบบการติดตามประเมินผลมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดหลัก (KPI) : K๙ ความสำเร็จในการบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน มีประสิทธิภาพ ร้อยละ ๘๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา

แผนปฏิบัติการ คือ การนำความคิดหรือวิธีการจากแผนกลยุทธ์มาสู่การดำเนินการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์และวิสัยทัศน์ของ คบสอ.ศิริราชันคม ประกอบด้วย แผนงานโครงการที่แบ่งตามหมวดหมู่ของเป้าประสงค์ (G) ซึ่งใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการตามแผนปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้นตามตาราง ดังนี้

ปีงบประมาณ	แผนงานโครงการตามแผนปฏิบัติการ	ความสำเร็จในการดำเนินโครงการ	ร้อยละ
๒๕๖๔	๖๘	๓๔	๕๐.๐๐
๒๕๖๕	๖๔	๔๒	๖๕.๖๓
๒๕๖๖	๘๒	๔๗	๕๗.๓๒

พิจารณาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด พบว่า การดำเนินงานตามแผนงาน โครงการดังกล่าวยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้เพิ่มขึ้น ตลอดจนหากพิจารณาถึงความสำเร็จในการผ่านตัวชี้วัดของ คบสอ.ศิริราชันคม พบว่า ผ่านเกณฑ์ค่อนข้างน้อย (เนื่องจาก บุคลากร ผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานและตัวชี้วัดที่ต้องรับผิดชอบค่อนข้างมาก จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดประเภท ตัวชี้วัด กระบวนการ ตัวชี้วัดเขตสุขภาพ ตัวชี้วัดระดับจังหวัด และตัวชี้วัดงานคุณภาพก่อน ทั้งนี้ ตัวชี้วัด คบสอ.ศิริราชันคม เป็นตัวชี้วัดที่ คบสอ.ศิริราชันคม จัดทำขึ้นเพื่อการพัฒนา ศักยภาพของคสอ.ศิริราชันคม เอง บุคลากรจึงให้ความสำคัญเป็นลำดับท้ายๆ

กลยุทธ์

ส่งเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ hardware software และจัดตั้ง Data center เพื่อนำเสนอและเชื่อมโยงข้อมูลสำหรับ การบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผล ผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย

แผนดำเนินการ

วางระบบควบคุมกำกับ ติดตามและกระตุ้นเตือนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปี งบประมาณที่ได้วางไว้ผ่านที่ประชุม คบสอ.

คำเป้าหมาย ความสำเร็จในการบริหารแผนงาน ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ
ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของ ตัวชี้วัด และ คำเป้าหมาย ปี ๒๕๖๗	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	คำเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๘๐๑ ความสำเร็จในการดำเนิน โครงการ ตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	คปสอ. (กำหนดเอง)	๕๗.๓๒	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
U๐๘๐๒ ความสำเร็จในการดำเนิน โครงการ ตามแผนปฏิบัติการและบรรล วัตถุประสงค์ โครงการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐	คปสอ. (กำหนดเอง)	๕๗.๓๒	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
U๐๘๐๓ สสอ.ศิริราชันนิคม และโรงพยาบาล ศิริราชันนิคม ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๑๐๐	คปสอ. (กำหนดเอง)	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๑ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการ ตามแผนปฏิบัติการ	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
U๐๘๐๒ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการ ตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์ โครงการ	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
U๐๘๐๓ สสอ.ศิริราชันนิคม และโรงพยาบาลศิริราชันนิคม ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ปี ๒๕๖๘

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๑ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕
U๐๘๐๒ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์ โครงการ	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕
U๐๘๐๓ สสอ.ศิริราชันนิคม และโรงพยาบาลศิริราชันนิคมผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ปี ๒๕๖๙

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๑ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
U๐๘๐๒ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์ โครงการ	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
U๐๘๐๓ สสอ.ศิริราชันนิคม และโรงพยาบาลศิริราชันนิคมผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

ปี ๒๕๗๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๑ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
U๐๘๐๒ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการและบรรลุวัตถุประสงค์ โครงการ	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
U๐๘๐๓ สสอ.ศิริราชันนิคม และโรงพยาบาลศิริราชันนิคมผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{ผลรวมของคะแนน } U_{0801} \text{ ถึง } U_{0803} \times 100}{\text{คะแนนเต็มของคะแนน } U_{0801} \text{ ถึง } U_{0803}}$

คำอธิบาย : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ตามรายละเอียด (template) ตัวชี้วัดย่อย (U)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :

๑. นายสุริยา น้ำขาว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๘ : ระบบการติดตามประเมินผลมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดย่อย (U) : U๐๘๐๑ ความสำเร็จในการดำเนินโครงการตามแผนปฏิบัติการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา

แผนปฏิบัติการ คือ การนำความคิดหรือวิธีการจากแผนกลยุทธ์มาสู่การดำเนินการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์และวิสัยทัศน์ของ คบสอ.ศิริราชันิคม ประกอบด้วย แผนงานโครงการที่แบ่งตามหมวดหมู่ของเป้าประสงค์ (G) ซึ่งในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการตามแผนปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้น (ร้อยละ ๕๐.๐๐, ๖๕.๖๓ และ ๕๗.๓๒ ตามลำดับ) แต่หากพิจารณาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการดังกล่าวยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วางไว้เพิ่มขึ้น

กลยุทธ์

วางระบบติดตามและกระตุ้นเตือนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณที่ได้วางไว้ผ่านที่ประชุมและระบบแจ้งเตือน

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๘๐๑ โครงการที่ได้ดำเนินการตาม แผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ร้อยละ ๘๐	๕๗.๓๒	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๑ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐

ปี ๒๕๖๘

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๑ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕

ปี ๒๕๖๙

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๑ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๗๐

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๑ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนได้} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็ม}}$

คำอธิบาย : U๐๘๐๑ สัดส่วนโครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พิจารณาจากร้อยละของโครงการที่ได้ดำเนินการแล้วเสร็จภายในปีงบประมาณที่ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการไว้ต่อโครงการทั้งหมดในปีงบประมาณนั้นๆ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

๑. นายสุริยา น้ำขาว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๘ : ระบบการติดตามประเมินผลมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดย่อย (U) : U๐๘๐๒ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณและบรรลุวัตถุประสงค์โครงการ ร้อย ละ ๘๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา

แผนปฏิบัติการ คือ การนำความคิดหรือวิธีการจากแผนกลยุทธ์มาสู่การดำเนินการที่จะนำไปสู่การบรรลุเป้าประสงค์และวิสัยทัศน์ของโรงพยาบาล ประกอบด้วย แผนงานโครงการที่แบ่งตามหมวดหมู่ของเป้าประสงค์ (G) ซึ่งใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๔-๒๕๖๖ พบว่า การดำเนินงานตามแผนงานโครงการตามแผนปฏิบัติการมีแนวโน้มสูงขึ้นต่อเนื่อง (ร้อยละ ๕๐.๐๐, ๖๕.๖๓ และ ๕๗.๓๒ ตามลำดับ) แต่หากพิจารณาเปรียบเทียบกับตัวชี้วัด พบว่า การดำเนินงานตามแผนงาน โครงการดังกล่าวยังไม่ผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ซึ่งมีความจำเป็นต้องมีการควบคุมกำกับให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนปฏิบัติการที่วาง ไว้เพิ่มขึ้น

แผนดำเนินการ

วางระบบติดตามและกระตุ้นเตือนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณที่ได้วางไว้ผ่านที่ประชุมและ ระบบแจ้งเตือน

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๘๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๘๐๒ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติ การประจำปีงบประมาณและบรรลุวัตถุประสงค์ โครงการ ร้อยละ ๘๐		๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๒ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ และ บรรลุวัตถุประสงค์โครงการ	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐

ปี ๒๕๖๘

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๒ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ และ บรรลุวัตถุประสงค์โครงการ	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕

ปี ๒๕๖๙

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๒ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ และ บรรลุวัตถุประสงค์โครงการ	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๗๐

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
U๐๘๐๒ โครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ และ บรรลุวัตถุประสงค์โครงการ	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนได้} \times ๑๐๐}{\text{คะแนนเต็ม}}$

คำอธิบาย : U๐๘๐๒ สัดส่วนโครงการที่ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พิจารณาจากร้อยละของโครงการที่ได้ดำเนินการแล้วเสร็จภายในปีงบประมาณที่ดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการไว้ต่อโครงการทั้งหมดในปีงบประมาณนั้นๆ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ข้อมูลจากระบบสารสนเทศและรวบรวมโดยผู้รับผิดชอบงาน

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

๑. นายสุริยา น้ำขาว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ที่ : G๘ : ระบบการติดตามประเมินผลมีประสิทธิภาพ

ตัวชี้วัดย่อย (U) : U๐๘๐๓ สสอ.คีรีรัฐนิคม และโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคมผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๑๐๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐ ได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนัก และปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแล การดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิด ประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรม และความโปร่งใสขององค์กร ตนเอง มากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนัก ให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพ การปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลัก ของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติประเด็นที่ ๒๑ การต่อต้านการทุจริตและ ประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงาน ของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ ที่กำหนด ๑๐๐ คะแนน โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด

แผนดำเนินการ

วางระบบติดตามและกระตุ้นเตือนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณที่ได้วางไว้ ผ่านที่ประชุมและ ระบบแจ้งเตือน

ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๑๐๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ผล ดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
U๐๘๐๓ โครงการที่ได้ดำเนินการตาม แผนปฏิบัติ การประจำปีงบประมาณและ บรรลุวัตถุประสงค์ โครงการ ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

รายละเอียดการประเมิน

ปี ๒๕๖๗ - ๒๕๗๐

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ผลการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส ในหน่วยงานภาครัฐ ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI : $\frac{\text{คะแนนได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times ๑๐๐$

คะแนนเต็ม

คำอธิบาย : จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๑๐๐ (จัดเก็บข้อมูลจาก ๒ หน่วยงาน สสอ.ศรีรัฐนิคม และโรงพยาบาลศรีรัฐนิคม)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) / ผู้รับผิดชอบงาน ITA

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

๑. นางเจนนิตา ชำนินวน ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

เป้าประสงค์ที่ : G๙ : บุคลากรมีสมรรถนะ

ตัวชี้วัดหลัก (KPI) : K๑๐ บุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๐

สถานการณ์และสภาพปัญหา :

การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในองค์กร เป็นการนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จตามวิสัยทัศน์ขององค์กร การพัฒนา บุคลากรให้มีคุณลักษณะเหมาะสมและดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และความสุขกับการเปลี่ยนแปลงที่ท้าทายในยุคปัจจุบัน นอกจากนี้ การสร้างความสุขในการทำงานจะต้องมาจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรทั้งองค์กร จึงจะนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จ

องค์กรจะได้รับผลงานที่มีประสิทธิภาพจากบุคลากรที่สมรรถนะในการทำงานสูงเพื่อพัฒนาระบบงานต่อไป การเพิ่มศักยภาพและขยายบริการของเครือข่ายจำเป็นต้องมีการจัดหาทรัพยากรเพิ่มเติมเพื่อรองรับกับภาระงาน ที่จะต้องให้บริการแก่ประชาชน โดยเฉพาะทรัพยากรบุคคลซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินงาน ซึ่งจะต้องจัดเตรียมให้พร้อมตามจำนวนหรือสัดส่วนที่กำหนดไว้สำหรับการจัดบริการต่างๆ ทั้งนี้ สำหรับเครือข่ายมีการจัดทำกรอบอัตรากำลังคนเทียบเป็นการ ทำงานเต็มเวลา (Full Time Equivalent: FTE) โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังประสบปัญหาการไม่สะท้อนความ เป็นจริงเกี่ยวกับอัตรากำลังคนและความเหมาะสมกับภาระงาน นอกจากนี้ สำหรับเครือข่ายที่มีการเพิ่มศักยภาพและขยาย บริการไม่สามารถนำ FTE ดังกล่าวมาใช้ได้ เพราะจะส่งผลให้มีบุคลากรที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จึงมีความจำเป็นต้อง กำหนดอัตรากำลังคนตามความเหมาะสมของงานที่ขยายบริการร่วมด้วย สมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติ เป็นสมรรถนะความสามารถที่กำหนดขึ้นจากขอบเขตหน้าที่งานที่รับผิดชอบ เป็นความสามารถ ที่องค์กรคาดหวังกับบุคลากร เพื่อให้ผู้ดำรงตำแหน่งงานนั้นสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรวางไว้

กลยุทธ์ :

พัฒนาความเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน สมรรถนะที่เหมาะสมของบุคลากรแต่ละสายงานของบุคลากรอย่างเหมาะสม โดยสามารถนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล วางแผนดำเนินงาน การ บริหารจัดการที่เหมาะสม ตลอดจนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสมรรถนะของบุคลากร

แผนดำเนินการ :

ทุกหน่วยบริการในเครือข่าย มีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรให้ตรงตามสายงาน/ขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ

ค่าเป้าหมาย : บุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัดย่อย (U)	ที่มาของตัวชี้วัด และค่าเป้าหมาย ปี ๒๕๖๖	ผลดำเนินงาน (baseline) ๒๕๖๖	ค่าเป้าหมาย (รายปี)			
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	เครือข่าย (กำหนดเอง)	NA	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

รายละเอียดการประเมินรายปี

ปี ๒๕๖๗

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรง กับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ปี ๒๕๖๘

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรง กับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	๖๘	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

ปี ๒๕๖๙

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรง กับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

ปี ๒๕๗๐

รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของบุคลากรมีสมรรถนะตรง กับสายงานที่ปฏิบัติผ่านเกณฑ์	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI: คะแนนที่ได้ x ๑๐๐

คะแนนเต็ม (๕ คะแนน)

คำอธิบาย : บุคลากรได้รับการประเมินสมรรถนะตรงกับสายงานที่ปฏิบัติ /ชอบเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : ทุกหน่วยบริการในเครือข่าย

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ : ทุกหน่วยบริการในเครือข่าย

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นายสุริยา	น้ำขาว	ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๒. นางสาวกันยากร	แก้วพิชัย	ตำแหน่ง ฝ่ายบุคลากร

เป้าประสงค์ที่ : G๑๐ : บุคลากรมีความสุข

ตัวชี้วัดที่ (KPI) : K๑๑ ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer)

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศีรีรัฐนิคม มุ่งดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายหลักคือ “คนทำงานในองค์กร” ที่ถือเป็นบุคคลสำคัญและเป็นกำลังหลักของทั้งครอบครัว องค์กร ชุมชน และสังคม มีการส่งเสริมและพัฒนา นโยบาย การสร้างองค์ความรู้และการขับเคลื่อนเครือข่ายในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตคนทำงาน ด้วยเป็นความสำคัญว่า เมื่อคนทำงานในองค์กรมีความสุข ย่อมส่งผลดีต่อผลประกอบการหรือผลผลิตขององค์กร ความผาสุกในครอบครัว ชุมชน ส่งผลต่อสังคมที่มีความสุขที่ยั่งยืน การสร้างความสุขในที่ทำงาน นับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการบริหารองค์กร มุ่งเน้นให้บุคลากรทุกคนในองค์กรมีความสุขในการทำงาน ความสุขที่เกิดขึ้นนั้น ก่อให้เกิดการรังสรรค์ทางความคิด งานที่ได้รับมอบหมายมีประสิทธิภาพมากขึ้น ลดความตึงเครียดจากการทำงาน และสภาพแวดล้อมลดความขัดแย้งในองค์กรความสุขที่เกิดขึ้นจากการทำงานเปรียบเสมือนน้ำหล่อเลี้ยงให้พฤติกรรมคนปรับเปลี่ยนและพัฒนาในแนวโน้มที่ดีขึ้น

กลยุทธ์ : ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของบุคลากรอย่างเหมาะสม

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐.๐๐

ตัวชี้วัดย่อย (U) :

รายละเอียดการประเมิน	ผลการดำเนินงาน (Baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ ๗๐	NA	๖๒.๕	๖๕	๖๗.๕	๗๐

รายละเอียดการประเมิน

รายละเอียดการประเมิน	ปีงบประมาณ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ความสุขของบุคลากรในองค์กร (Happinometer) ร้อยละ ๗๐	๒๕๖๗	๕๓	๕๕	๕๘	๖๐	๖๒.๕
	๒๕๖๘	๕๕	๕๘	๖๐	๖๒.๕	๖๕
	๒๕๖๙	๕๘	๖๐	๖๒.๕	๖๕	๖๗.๕
	๒๕๗๐	๖๐	๖๒.๕	๖๕	๖๗.๕	๗๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI:

คะแนนที่ได้ x ๑๐๐

คะแนนเต็ม (๕ คะแนน)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: สํารวจโดยระบบประเมินดัชนีความสุข <https://happy.moph.go.th/login>

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ น.ส.พัชรี ไฝสุข

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

๑. พญ.เยาวดี โปกุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม

๒. นายบุญธรรม มิ่งแก้ว

สาธารณสุขอำเภอศิริรัฐนิคม

เป้าประสงค์ที่ : G๑๑ : ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทันสมัย

ตัวชี้วัดที่ (KPI) : K๑๒ ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

Application“หมอพร้อม” เป็นเครื่องมือในการสื่อสารระหว่างกระทรวงสาธารณสุขกับประชาชน ผ่าน LINE Official Account ชื่อ Ministry of Public Health Connect : MOPH Connect บริการ ๖ เมนูหลักประกอบด้วย การค้นหาที่ตั้งโรงพยาบาลรัฐ เอกชน คลินิก และร้านขายยา ตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยตัวเอง จองคิวล่วงหน้าก่อนไปโรงพยาบาล โทรฉุกเฉิน ๑๖๖๙ และส่งพิกัดแจ้งเหตุบริจาคเงินให้โรงพยาบาลแล้วได้ลดภาษี ๒ เท่า บริจาคดวงตาให้สภากาชาดไทย และรอบรู้เรื่องยา และความรู้สุขภาพ ดังนั้น เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอคีรีรัฐนิคม มีความมุ่งมั่นดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายหลักคือ ประชาชน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนมีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างมีรวดเร็ว ครอบคลุม และสะดวกสบาย

กลยุทธ์ : พัฒนาระบบและกลไกเพื่อให้การบริหารและจัดการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยและเหมาะสม

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐.๐๐

ตัวชี้วัดย่อย (U) :

รายละเอียดการประเมิน	ผลการดำเนินงาน (Baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ	NA	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๙๐

A = จำนวนประชาชนที่มีดิจิทัลไอดี

B = จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาในอำเภอ

$(A/B) \times ๑๐๐$ = ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

รายละเอียดการประเมิน

รายละเอียดการประเมิน	ปีงบประมาณ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของประชาชน มีดิจิทัลไอดีเพื่อการเข้าถึง ระบบบริการสุขภาพ	๒๕๖๗	๒๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐
	๒๕๖๘	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐
	๒๕๖๙	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
	๒๕๗๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI:

คะแนนที่ได้ X ๑๐๐

 คะแนนเต็ม (๕ คะแนน)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: ๑. หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตนของประชาชน ผ่านระบบ หมอพร้อม

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ นายชาญณรงค์ สังข์เรียง

ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

๑. พญ.เยาวดี โพกุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม

๒. นายบุญธรรม มิ่งแก้ว

สาธารณสุขอำเภอกีรีรัฐนิคม

เป้าประสงค์ที่ : G๑๒ สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดที่ (KPI) : K๑๓ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศรีรัตนนิคม เป็นองค์กรที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการประชาชน ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ ในแต่ละวันจึงมีกิจกรรมจากผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการจำนวนมาก ก่อให้เกิดของเสีย อาทิ เศษอาหาร สิ่งปฏิกูลที่เกิดจากการขับถ่าย น้ำเสีย ตลอดจนมูลฝอยติดเชื้อ การใช้พลังงาน และการใช้สารเคมีในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาสิ่งแวดล้อม ของหน่วยบริการและชุมชนโดยรอบ

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการ ยึดหลักการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) คือ กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN จะสามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้มาใช้บริการในการรณรงค์ และขยายผลสู่สังคมได้ต่อไป

กลยุทธ์: พัฒนาการจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในสถานบริการโดยใช้มาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม และมาตรฐาน Green and Clean Hospital เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนดำเนินการ

คำเป้าหมาย ระดับมาตรฐานขึ้นไป

ตัวชี้วัดย่อย (U) :

รายละเอียดการประเมิน	ผลการดำเนินงาน (Baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป	NA	Standard	Standard	Standard	Standard

รายละเอียดการประเมิน

รายละเอียดการประเมิน	ปีงบประมาณ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป	๒๕๖๗	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	Standard	Standard	Standard
	๒๕๖๘	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	Standard	Standard	Standard
	๒๕๖๙	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	Standard	Standard	Standard
	๒๕๗๐	ไม่ผ่าน	ไม่ผ่าน	Standard	Standard	Standard

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI:

A = คะแนนที่ได้

B = คะแนนเต็ม (๓ คะแนน)

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

คำอธิบาย : เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในปี ๒๕๖๙




การสรุปผลและการรับรองระดับการพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital Challenge

การสรุปผลการประเมินในภาพรวม :

ระดับ	ประเด็นงาน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	เงื่อนไข
ระดับมาตรฐาน (Standard)	มีผลการประเมินหมวด 1-6	220 (80%)	176 ขึ้นไป	ต้องมีการดำเนินงานแต่ละหมวดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 และดำเนินการตามเงื่อนไข*
ระดับดีเยี่ยม (Excellent)	มีผลการประเมินหมวด 1-8	270 (90%)	243 ขึ้นไป	ต้องมีการดำเนินงานแต่ละหมวดไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 และดำเนินการตามเงื่อนไข*
ระดับท้าทาย (Challenge)	1. การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับขึ้นไป) 2. การจัดการของเสียทางการแพทย์ (Medical Waste Management) 3. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 4. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)			ผ่านการประเมินระดับดีเยี่ยม และผ่านการประเมินตามเกณฑ์ระดับท้าทายจำนวน 1 ด้าน

* หมายเหตุ : ประเด็นงานที่ต้องดำเนินการตามกฎหมาย ประกอบด้วย หมวด Garbage ข้อ 2.1 ,3.1, 4 หมวด Nutrition ข้อ 10 (6 คะแนน) และ ข้อ 11 (6 คะแนน)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ในปี ๒๕๖๙

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ น.ส.จิราภรณ์ แซ่ไคว่

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

๑. พญ.เยาวดี โพกุล

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราชธน

๒. นายบุญธรรม มิ่งแก้ว

สาธารณสุขอำเภอศิริราชธน

เป้าประสงค์ที่ : G๑๒ สภาพแวดล้อมเอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ตัวชี้วัดที่ (KPI) : K๑๔ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับมาตรฐานขึ้นไป

สถานการณ์และสภาพปัญหา:

เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอศิริราชธน เป็นองค์กรที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขที่ให้บริการประชาชน ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษาสุขภาพ ในแต่ละวันจึงมีกิจกรรมจากผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการจำนวนมาก ก่อให้เกิดของเสีย อาทิ เศษอาหาร สิ่งปฏิกูลที่เกิดจากการขับถ่าย น้ำเสีย ตลอดจนมูลฝอยติดเชื้อ การใช้พลังงาน และการใช้สารเคมีในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อปัญหาสิ่งแวดล้อม ของหน่วยบริการและชุมชนโดยรอบ

การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการ ยึดหลักการสุขาภิบาลอย่างยั่งยืน และเป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม (Sustainable and Ecological Sanitation) คือ กลยุทธ์ CLEAN และกิจกรรม GREEN จะสามารถบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ส่งผลกระทบต่อชุมชนโดยรอบ รวมถึงเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ผู้มาใช้บริการในการรณรงค์ และขยายผลสู่สังคมได้ต่อไป

กลยุทธ์: พัฒนาการจัดการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในสถานบริการโดยใช้มาตรฐานบริการงานอาชีวอนามัยและ สิ่งแวดล้อม และมาตรฐาน Green and Clean Hospital เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนดำเนินการ

คำเป้าหมาย : ระดับมาตรฐาน

ตัวชี้วัดย่อย (U) :

รายละเอียดการประเมิน	ผลการดำเนินงาน (Baseline) ๒๕๖๖	เกณฑ์การให้คะแนน			
		๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	NA	Standard	Standard	Standard	Standard

รายละเอียดการประเมิน

รายละเอียดการประเมิน	ปีงบประมาณ	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	๒๕๖๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
	๒๕๖๘	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒
	๒๕๖๙	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	๓๒
	๒๕๗๐	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒

รายละเอียดการประเมิน	ปีงบประมาณ	เกณฑ์การให้คะแนน			
		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	๒๕๖๗	รพ.สต. มีแผนในการขับเคลื่อน และประเมิน GCSH	รพ.สต. มีการประเมินตนเองตาม เกณฑ์ GCSH	รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์ GCSH ระดับ มาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๕	รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์ GCSH ระดับ มาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๑๐

	๒๕๖๘	รพ.สต. มีแผนใน การ ขับเคลื่อน และ ประเมิน GCSH	รพ.สต. มีการ ประเมิน ตนเองตาม เกณฑ์ GCSH	รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์ GCSH ระดับ มาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๑๕	รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์ GCSH ระดับ มาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๒๐
	๒๕๖๙	รพ.สต. มีแผนใน การ ขับเคลื่อน และ ประเมิน GCSH	รพ.สต. มีการ ประเมิน ตนเองตาม เกณฑ์ GCSH	รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์ GCSH ระดับ มาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๒๕	รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์ GCSH ระดับ มาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๓๐

รายละเอียดการประเมิน	ปีงบประมาณ	เกณฑ์การให้คะแนน			
		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	๒๕๗๐	รพ.สต. มีแผนใน การ ขับเคลื่อน และ ประเมิน GCSH	รพ.สต. มีการ ประเมิน ตนเองตาม เกณฑ์ GCSH	รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์ GCSH ระดับ มาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๓๕	รพ.สต.ผ่าน เกณฑ์ GCSH ระดับ มาตรฐาน ขึ้นไป ร้อยละ ๔๐

สูตรการคำนวณความสำเร็จ KPI:

A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป

B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด

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

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: เกณฑ์การประเมิน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ในปี ๒๕๖๗

แหล่งข้อมูลและผู้จัดเก็บ น.ส.จิราภรณ์ แซ่ไค้ว

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

๑. พญ.เยาวดี โพกุล
๒. นายบุญธรรม มิ่งแก้ว

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคีรีรัฐนิคม

สาธารณสุขอำเภอคีรีรัฐนิคม

