



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  
Pirae Provincial Public Health Office



# คู่มือตัวชี้วัดตามหลักเกณฑ์ และมาตรฐานการให้บริการ ด้านสาธารณสุข

ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา  
นวมินทร์ราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569

กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่  
กลุ่มงานพัฒนากยุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

☎ 054-532-485

☎ 054-511-145 ต่อ 306



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่  
Phrae Provincial Public Health Office

# คู่มือตัวชี้วัดตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการ ให้บริการด้านสาธารณสุข

ของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี  
และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่  
(Memorandum of Understanding : MOU )

## คำนำ

การกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๑ และแผนปฏิบัติการ กำหนดขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ฉบับที่ ๒) ด้านการถ่ายโอนภารกิจ กำหนดให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดแพร่ ได้ถ่ายโอนสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด ๑๑๙ แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ๒ แห่ง

กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาและยกระดับระบบสุขภาพของไทยในทุกมิติ ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของ ประชาชน ในการได้รับบริการสุขภาพที่ครบวงจร มีคุณภาพ มาตรฐาน สะดวก รวดเร็ว มีทางเลือกในการเข้ารับ การดูแลรักษาที่เหมาะสม สามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้ทุกที่ ทุกหน่วยบริการ ไม่ว่าจะเป็นสังกัดใด โดย ได้ทบทวนและปรับปรุงมาตรฐานและระบบประกันคุณภาพบริการสาธารณสุข ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ ตลอดจนแนวทางการกำกับดูแล และประเมินผลดำเนินงานของ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่าย โอนให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด ตามกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพปฐมภูมิ และระเบียบที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งดำเนินการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานให้แก่องค์กรบริหารส่วนจังหวัด

ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ โดยความร่วมมือของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ และองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่ ได้ร่วมกันวิเคราะห์ ถอดบทเรียน รวมถึงการกำหนดรายละเอียดตัวชี้วัดตามหลักเกณฑ์ และมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ครอบคลุมภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการบริการปฐมภูมิ ๕ มิติ คือ มิติการรักษาพยาบาลเบื้องต้น มิติการส่งเสริมสุขภาพ มิติการบำบัดและการป้องกันควบคุมโรค มิติการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และมิติการคุ้มครองผู้บริโภค เป็นไปในทิศทางเดียวกันอย่างเป็นรูปธรรม และสามารถนำไปสู่เป้าหมายการ สร้างความมั่นคงทางสุขภาพให้กับประเทศ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือตัวชี้วัดตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการ ให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ นี้ จะเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ฯ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

(นายณพัรัตน์ วัชรขจรกุล)  
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแพร่  
มกราคม ๒๕๖๙

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ส่วนที่ ๑ การบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ	๑
ส่วนที่ ๒ แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๙) ฉบับทบทวน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙	๓
ส่วนที่ ๓ การกำกับ ติดตาม และประเมินผล	๙
ส่วนที่ ๔ ตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙	๑๐
๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนา นวมินทร์ราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ และมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ	๑๖
๒. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการขับเคลื่อนองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLO/HLC) อย่างน้อย ๑ เรื่อง	๒๐
๓. สถานบริการพยาบาลสามารถจัดบริการสาธารณสุขทางไกล	๒๒
๔. ร้อยละของการส่งข้อมูลเข้า DATA Hub(HDC) เป็นประจำทุกเดือน	๒๓
๕. ร้อยละของการเชื่อมต่อ PHR หมอพร้อม DID เป็นประจำทุกวัน	๒๗
๖. ร้อยละของประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	๓๘
๗. ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบ บริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	๓๘
๘. ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	๔๓
๙. ตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๔๕
๑๐. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เขาสู่วิถีเบาหวานระยะ สงบ (DM remission)	๔๘
๑๑. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	๕๑
๑๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	๕๓
๑๓. การคัดกรอง CA Breast ในสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี	๕๕
๑๔. หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการนัดหมายและติดตามหมายกลุ่มเป้าหมายร่วมกับแม่ข่าย ให้ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการ X-ray ปอด ปีละ ๑ ครั้ง	๕๖
๑๕. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms มีการ ส่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	๕๘



## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

๑๖. หน่วยบริการปฐมภูมิมีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU)	๖๔
๑๗. การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)	๖๔
๑๘. ร้อยละการคัดกรองโรคซีสต์เรื้อรัง (๒Q plus) ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายเรื้อรัง	๖๘
๑๙. ร้อยละการคัดกรองโรคซีสต์เรื้อรัง (๒Q plus) ในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด	๖๘
๒๐. ร้อยละการคัดกรองโรคซีสต์เรื้อรัง (๒Q plus) ในผู้สูงอายุ	๖๘
๒๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	๖๙
๒๒. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	๗๑
๒๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในหน่วยบริการ ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนผสมของไอโอดีน	๗๓
๒๔. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์	๗๕
๒๕. เด็กแรกเกิด - ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	๗๖
๒๖. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และแปลผลภาวะโภชนาการ	๗๗
๒๗. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับยารักษาโรคหอบหืด	๗๙
๒๘. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุ	๘๒
๒๙. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองและมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน	๘๕
๓๐. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๑ ปี (fully immunized)	๘๗
๓๑. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๒ ปี (fully immunized)	๘๗
๓๒. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๓ ปี (fully immunized)	๘๗
๓๓. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๕ ปี (fully immunized)	๘๗
๓๔. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	๙๒
๓๕. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ	๙๔
๓๖. ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง(อย่างน้อย ๑ ประเด็นตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพหรือเสี่ยงจากการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน) มีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	๙๖
๓๗. โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	๑๐๐



## สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
๓๘. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดตั้งจุดบริการผู้สูงอายุ	๑๐๒
๓๙. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการส่งต่อรพช.หรือรพ.แพร์	๑๐๒
๔๐. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ได้รับการส่งต่อรพช.หรือรพ.แพร์	๑๐๒
๔๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)	๑๐๕



## ส่วนที่ ๑ การบริหารภารกิจด้านสาธารณสุขมูลฐานและการจัดบริการปฐมภูมิ

๑. ให้สถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด มีหน้าที่และอำนาจในการจัดให้บริการระบบสุขภาพแก่ประชาชนครอบคลุม ๕ มิติ คือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริมสุขภาพ การบำบัดและป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ และการคุ้มครองผู้บริโภค

๒. ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดทำบันทึกข้อตกลงความเข้าใจกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ควบคุมการประกอบวิชาชีพเวชกรรมของบุคลากรในสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดซึ่งจะต้องมีคุณสมบัติครบถ้วนตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขที่ออกตามความในกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม

๓. องค์กรบริหารส่วนจังหวัดอาจใช้กลไกและแนวทางการประสานแผนพัฒนาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของกระทรวงมหาดไทย และ/หรือ แนวทางการทำความตกลงร่วมมือกันจัดทำบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นของคณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอนุโลม เพื่อบูรณาการโครงการและกิจกรรมตามแผนสุขภาพชุมชนของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ตำบลในสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยอาจพิจารณาจัดสรรงบประมาณเพื่อสมทบงบประมาณที่กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ตำบลจัดสรรให้แก่โครงการและกิจกรรมนั้น โดยคำนึงถึงสถานภาพทางการเงิน การคลังขององค์การบริหารส่วนจังหวัด และประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชนเป็นหลัก

ทั้งนี้ ให้องค์การบริหารส่วนจังหวัดขอความเห็นชอบต่อ กสพ. เกี่ยวกับงบประมาณที่จะสมทบโครงการและกิจกรรมของกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่/ตำบลในสังกัดเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ก่อนบรรจุหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขแผนพัฒนาสุขภาพระดับพื้นที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

๔. ให้ทุกสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ต้องได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ทั้งในฐานะหน่วยบริการ หรือในฐานะเครือข่าย หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และต้องดำเนินการขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และกรอบระยะเวลาของกฎหมายว่าด้วยระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ

๕. ให้ทุกองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ได้รับการถ่ายโอนสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พิจารณาจัดตั้งกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ตามหลักเกณฑ์และวิธีการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และพิจารณาจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ตามแนวทางของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ

๖. ให้การปฏิบัติหน้าที่ราชการของบุคลากรสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดอยู่ภายใต้บังคับกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน และกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง

๗. ให้ทุกสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ยึดถือปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานของกระทรวง



สาธารณสุขโดยอนุโลม จนกว่าหลักเกณฑ์มาตรฐานการปฏิบัติงานของสถานพยาบาลในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดจะมีผลบังคับใช้

๘. ให้ กสพ. พิจารณากำหนดแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้ช่วยผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุข ตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ภายใน ๒ ปี นับตั้งแต่วันที่องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้รับการถ่ายโอนสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๙. กสพ. อาจจัดตั้ง “กลุ่มพื้นที่สุขภาพขององค์การบริหารส่วนจังหวัด” เพื่อรับผิดชอบ ประสานงาน และกำกับดูแลสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล ที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ภายในเขตพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

๑๐. กสพ. อาจจัดให้มี “คณะกรรมการบริหารสถานบริการสาธารณสุข” เพื่อรับผิดชอบดูแล และกำกับกำกับการดำเนินงานของสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลแต่ละแห่งที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และแนวทางที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด



## ส่วนที่ ๒ แผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพจังหวัดแพร่ ระยะ ๕ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕ - ๒๕๖๙) ฉบับทบทวน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

### วิสัยทัศน์ (Vision)

องค์กรคุณภาพ ภาควิชาช่วยเข้มแข็ง เพื่อคนแพร่สุขภาพดี

### พันธกิจ (Mission)

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

### เป้าหมาย (Goal)

1. ประชาชนจังหวัดแพร่ สุขภาพดี
2. องค์กรมีคุณภาพ และเจ้าหน้าที่มีความสุข
3. ระบบสุขภาพยั่งยืน

### ค่านิยมร่วม (Core Value)

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

### ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issues)

1. ส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนให้มีสุขภาพดี
2. พัฒนาระบบบริการสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด



3. พัฒนาระบบบริหารองค์กร บุคลากร และเทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการจัดบริการที่มีคุณภาพ
4. เสริมสร้างภาคีเครือข่ายเพื่อพัฒนาสุขภาพประชาชน

เพื่อให้การดำเนินงานในปีสุดท้ายของแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี บรรลุผลสัมฤทธิ์อย่างเป็นรูปธรรมและตอบสนองต่อวิกฤตสุขภาพที่สำคัญของพื้นที่ จังหวัดแพร่จึงกำหนด 7 ประเด็นขับเคลื่อนสำคัญ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 เพื่อให้ทุกหน่วยงานในสังกัดนำไปบูรณาการและเร่งรัดการดำเนินงาน ดังนี้

### **ประเด็นที่ 1 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย NCDs ครบวงจร**

โดยมีเป้าหมาย เพื่อลดอัตราการป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง

กลยุทธ์ 1 สร้างความเข้มแข็งในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชนเชิงรุก

ตัวชี้วัด

KPI 1 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

KPI 2 การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

KPI 3 การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70

KPI 4 การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

KPI 5 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ต่อแสนประชากร

เป้าหมาย ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ.2568

KPI 6 อัตราผู้ป่วยรายใหม่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ต่อแสนประชากร

เป้าหมาย ลดลงจากปีงบประมาณ พ.ศ.2568

กลยุทธ์ 2 พัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์และนวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง

ตัวชี้วัด

KPI 7 ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ DM remission

เป้าหมาย ร้อยละ 10

KPI 8 ร้อยละผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

เป้าหมาย ร้อยละ 40



KPI 9 ร้อยละผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี  
เป้าหมาย ร้อยละ 60

### ประเด็นที่ 2 มะเร็ง รู้เร็ว รักษาได้

โดยมีเป้าหมาย ลดอัตราการตายจากมะเร็งท่อน้ำดี

กลยุทธ์ 1 ยกระดับการเฝ้าระวังและจัดการโรควิกฤตเชิงรุกในพื้นที่เป้าหมาย

KPI 10 ร้อยละของประชากรกลุ่มเสี่ยงมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการคัดกรอง

เป้าหมาย ร้อยละ 80

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาเครือข่ายบริการไว้รอยต่อเพื่อการรักษาที่รวดเร็ว

KPI 11 ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ได้รับการส่งต่อ วินิจฉัยและรักษา ไม่เกิน 2 สัปดาห์

เป้าหมาย มากกว่า 90

### ประเด็นที่ 3 บูรณาการการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตาย

เป้าหมาย ลดอัตราการเสียชีวิตจากการฆ่าตัวตาย

กลยุทธ์ที่ 1 เสริมสร้างเกราะคุ้มกันสุขภาพจิตเชิงรุกผ่านภาคีเครือข่ายชุมชน

KPI 12 อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ

เป้าหมาย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7.8 ต่อแสนประชากร

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบเฝ้าระวังและเข้าถึงบริการภาวะวิกฤตที่มีประสิทธิภาพ

KPI 13 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย ร้อยละ 70

### ประเด็นที่ 4 การจัดการระบบบริการ และการตอบสนองต่ออุบัติเหตุทางถนน

เป้าหมาย ลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนน

กลยุทธ์ที่ 1 บูรณาการภาคีเครือข่ายกู้ชีพและระบบตอบสนองภาวะฉุกเฉินระดับท้องถิ่น

KPI 14 ร้อยละของ อปท.ที่ขึ้นทะเบียนหน่วยบริการฉุกเฉินการแพทย์ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

เป้าหมาย ร้อยละ 100

### ประเด็นที่ 5 ยุติวัณโรค ค้นหาเชิงรุก รักษาเข้มข้นและป้องกันการแพร่กระจาย

เป้าหมาย ลดอัตราการเสียชีวิตจากวัณโรค



กลยุทธ์ที่ 1 ปฏิบัติการค้นหาเชิงรุกและเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรเป้าหมายหลัก

KPI 15 ร้อยละของกลุ่มเสี่ยง 12 กลุ่มเป้าหมายหลัก ได้รับการคัดกรองด้วย CXR

เป้าหมาย ร้อยละ 90

KPI 16 รพ.สต. มีการนัดหมายและติดตามกลุ่มเป้าหมายร่วมกับแม่ข่าย เพื่อให้ได้รับการคัดกรอง

วัณโรคด้วยการ X-ray

เป้าหมาย ร้อยละ 95

KPI 17 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนรักษา (Treatment Coverage) ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่

และกลับเป็นซ้ำได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา

เป้าหมาย ร้อยละ 95

กลยุทธ์ที่ 2 ยกระดับมาตรฐานการรักษาและวิเคราะห์มูลเหตุเพื่อลดความสูญเสีย

KPI 18 ร้อยละของการติดตามเยี่ยมเสริมพลังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและญาติกลุ่มเสี่ยง (Intermediate/ High Risk) ภายใน 7 วันหลังจำหน่าย

เป้าหมาย ร้อยละ 80

KPI 19 ร้อยละของการจัดทำรายงานและนำเสนอ Dead Case Conference

เป้าหมายร้อยละ 100

KPI 20 อัตราความสำเร็จการรักษา (Treatment Success Rate) ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่มีอัตรา

ความสำเร็จในการรักษา

เป้าหมายร้อยละ 88

**ประเด็นที่ 6 ยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพอย่างไร้อยต่อทุกช่วงวัย**

เป้าหมาย มารดาและทารกปลอดภัย เด็กพัฒนาการสมวัยและมีภูมิคุ้มกัน

กลยุทธ์ที่ 1 บริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันเพื่อความครอบคลุมของบริการแม่และเด็ก

KPI 21 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75

KPI 22 เด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนด ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

KPI 23 เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับวัคซีน Fully Immune ตามช่วงอายุ

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

KPI 24 หญิงตั้งครรภ์ได้รับการดูแลก่อนคลอด 5 ครั้ง ตามเกณฑ์



เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75

KPI 25 หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 75

KPI 26 เด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาความเป็นเลิศทางการแพทย์และเครือข่ายการดูแลต่อเนื่อง

KPI 27 อัตราเสียชีวิตมารดา

เป้าหมาย น้อยกว่า 15 ต่อแสนประชากร

KPI 28 อัตราเสียชีวิตทารกแรกเกิดน้อยกว่า 28 วัน

เป้าหมาย น้อยกว่า ร้อยละ 3.6 ของการเกิดมีชีพ

KPI 29 เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย

เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 88

### ประเด็นที่ 7 พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงและยกระดับบริการสุขภาพ

เป้าหมาย เชื่อมโยงข้อมูลไร้รอยต่อ มั่นคงปลอดภัย และมีธรรมาภิบาล

กลยุทธ์ที่ 1 ยกกระดับบริการด้วยเทคโนโลยีดิจิทัลและ AI

KPI 30 สถานพยาบาล สามารถจัดบริการสาธารณสุขทางไกล (Telemedicine) ได้ตามเกณฑ์

เป้าหมาย ร้อยละ 80

KPI 31 ร้อยละประชาชนทั่วไป มี Health ID

เป้าหมาย มากกว่า ร้อยละ 70

KPI 32 ร้อยละกลุ่มเปราะบาง มี Health ID

เป้าหมาย มากกว่า ร้อยละ 80

กลยุทธ์ที่ 2 เสริมสร้างธรรมาภิบาลข้อมูลและความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

KPI 33 ร้อยละของสถานพยาบาล ส่ง PHR เข้าสู่คลังข้อมูล (MOPH PHR) ทันเวลาไม่เกิน 7 วันทำการ

เป้าหมาย มากกว่า ร้อยละ 90

KPI 34 ร้อยละของสถานพยาบาล มีการส่งข้อมูลเข้า HDH เป็นประจำทุกเดือน

เป้าหมาย มากกว่า ร้อยละ 90

KPI 35 โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ ระดับสูงสุด

เป้าหมาย ระดับสูงสุด



KPI 36 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และองค์การบริหารส่วนจังหวัด  
ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐาน 19 control ภายใต้อำเภอ. รักษามั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ 2562  
เป้าหมาย ร้อยละ 80

KPI 37 โรงพยาบาล ผ่านเกณฑ์ตามมาตรฐาน 98 control ภายใต้อำเภอ. รักษามั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ 2562  
เป้าหมาย ร้อยละ 80



### ส่วนที่ ๓ การกำกับ ติดตาม และประเมินผล

๑. ให้ กสพ. กำกับดูแลและประเมินผลการปฏิบัติราชการของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหารส่วน จังหวัด ตามแนวทางการกำกับดูแลและประเมินผลองค์การบริหารส่วนจังหวัด (Monitoring and Evaluation Protocol: M & E Protocol) และคู่มือการพัฒนาคุณภาพสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (Quality Assurance Manual) ที่ถ่ายโอนให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดที่คณะกรรมการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกำหนด

๒. ให้ กสพ. สามารถแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเฉพาะกิจหรือคณะทำงานที่ประกอบด้วยหลายภาคส่วน ตามความจำเป็นและเหมาะสมขององค์การบริหารส่วนจังหวัด เพื่อดำเนินการประเมินผลสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอน ให้แก่ องค์การบริหารส่วนจังหวัดได้

๓. ให้ กสพ. รายงานผลการประเมินการปฏิบัติราชการของสถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้รับการถ่ายโอนให้แก่องค์การบริหาร ส่วนจังหวัด ต่อสภาองค์การบริหารส่วนจังหวัด และคณะอนุกรรมการบริหารภารกิจถ่ายโอนด้านสาธารณสุข ให้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง



## ตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หมายเหตุ/ระบบรายงาน
๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถาน บริการสาธารณสุขชุมชน ผ่านเกณฑ์ ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการ บริการสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละ ๑๐๐	โปรแกรมระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการ ปฐมภูมิ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เว็บไซต์ <a href="https://pcustandard.moph.go.th/login.php">https://pcustandard.moph.go.th/login.php</a>
๒. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการ ขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO/HLC) อย่างน้อย ๑ เรื่อง	๘๐ เรื่อง	๑. แพลตฟอร์ม “สาสุข อุ่นใจ” ๒. การประเมินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate
๓. สถานบริการพยาบาลสามารถ จัดบริการสาธารณสุขทางไกล	ร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์ให้บริการ ฯ รพ.สต. ไม่น้อย กว่า ๕ ครั้ง/ เดือน)	หน่วยบริการส่งข้อมูลจำนวนครั้งของการ ให้บริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมา รับบริการ รหัส ๕ รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)) ไปยังระบบ คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) เว็บไซต์ <a href="https://hdc.moph.go.th/pre/public/standard-report-detail/๒d๘๕dbec๓๙๘๔of๘๐๕๑๘๕๔๖๐๒๘๙๑๓๐๓๓">https://hdc.moph.go.th/pre/public/standard-report-detail/๒d๘๕dbec๓๙๘๔of๘๐๕๑๘๕๔๖๐๒๘๙๑๓๐๓๓</a>
๔. ร้อยละของการส่งข้อมูลเข้า DATA Hub(HDC) เป็นประจำทุกเดือน	≥ร้อยละ ๙๕	ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) เว็บไซต์ <a href="https://hdc.moph.go.th/pre/public/standard-report-detail/๒d๘๕dbec๓๙๘๔of๘๐๕๑๘๕๔๖๐๒๘๙๑๓๐๓๓">https://hdc.moph.go.th/pre/public/standard-report-detail/๒d๘๕dbec๓๙๘๔of๘๐๕๑๘๕๔๖๐๒๘๙๑๓๐๓๓</a>
๕. ร้อยละของการเชื่อมต่อ PHR หมอมพร้อม DID เป็นประจำทุกวัน	ร้อยละ ๑๐๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud เว็บไซต์ <a href="https://hdc.moph.go.th/pre/public/standard-report-detail/๒d๘๕dbec๓๙๘๔of๘๐๕๑๘๕๔๖๐๒๘๙๑๓๐๓๓">https://hdc.moph.go.th/pre/public/standard-report-detail/๒d๘๕dbec๓๙๘๔of๘๐๕๑๘๕๔๖๐๒๘๙๑๓๐๓๓</a>
๖. ร้อยละของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และ เข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	≥ร้อยละ ๗๐	ระบบประมวลผลของระบบ Identity Provider (IdP) กระทรวงสาธารณสุข



## ตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (ต่อ)

กิจกรรม/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หมายเหตุ/ระบบรายงาน
๗. ร้อยละของกลุ่มเปราะบางมีดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ	≥ ร้อยละ ๘๐	ระบบประมวลผลของระบบ Identity Provider (IdP) กระทรวงสาธารณสุข
๘. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ ร้อยละ ๗๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๙. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ ร้อยละ ๘๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๑๐. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เขาสู่วิโรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission)	≥ ร้อยละ ๑๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๑๑. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	≥ ร้อยละ ๒๕	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๑๒. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง	≥ ร้อยละ ๕๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๑๓. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE)	≥ ร้อยละ ๘๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๑๔. หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการนัดหมายและติดตามหมายกลุ่มเป้าหมายร่วมกับแม่ข่าย ให้ได้รับการคัดกรองรังสีวินิจฉัยด้วยการ X-ray ปอด ปีละ ๑ ครั้ง	ร้อยละ ๙๐	โปรแกรมการจัดการรังสีระดับประเทศ NTIP
๑๕. ร้อยละของประชาชนที่มาใช้บริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๕๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud



### ตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (ต่อ)

กิจกรรม/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หมายเหตุ/ระบบรายงาน
๑๖. หน่วยบริการปฐมภูมิมีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุสมผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU)	ร้อยละ ๘๐	ข้อมูลการใช้จ่ายของผู้ป่วยที่มารับบริการในฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๑๗. การดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุสมผลในชุมชน (RDU Community)	ร้อยละ ๖๐	๑. รายงานผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุสมผลในชุมชนผ่านทางผู้ประสานงาน RDU Coordinator ระดับอำเภอ ๒. รายงานผลการตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ (ตรวจประเมินร้านชำ RDU) ผ่านแบบสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดแพร่ (โปรแกรม G-RDU & G-SHP MOPH)
๑๘. ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายเรื้อรัง	ร้อยละ ๘๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๑๙. ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) ในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด	ร้อยละ ๘๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๒๐. ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) ในผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๘๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๒๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ ๗๕	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๒๒. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการบริการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ๗๕	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud



### ตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (ต่อ)

กิจกรรม/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หมายเหตุ/ระบบรายงาน
๒๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยบริการ ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน	ร้อยละ ๑๐๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๒๔. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ ๗๕	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๒๕. เด็กแรกเกิด - ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว	ร้อยละ ๕๕	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๒๖. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และแปลผลภาวะโภชนาการ	ร้อยละ ๙๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๒๗. เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาเสริมธาตุเหล็ก	ร้อยละ ๘๖	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๒๘. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุ	ร้อยละ ๙๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๒๙. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองและมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ ๙๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๓๐. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๑ ปี	มากกว่า ปี ๒๕๖๘ ร้อยละ ๕ หรือ ≥ ร้อยละ ๙๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๓๑. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๒ ปี	มากกว่า ปี ๒๕๖๘ ร้อยละ ๕ หรือ ≥ ร้อยละ ๙๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๓๒. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๓ ปี	มากกว่า ปี ๒๕๖๘ ร้อยละ ๕ หรือ ≥ ร้อยละ ๙๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud



### ตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (ต่อ)

กิจกรรม/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หมายเหตุ/ระบบรายงาน
๓๓. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับวัคซีนแต่ ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๕ ปี	มากกว่า ปี ๒๕๖๘ ร้อยละ ๕ หรือ $\geq$ ร้อย ละ ๙๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๓๔. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัด กรองความสามารถในการประกอบ กิจวัตรประจำวัน (ADL)	ร้อยละ ๙๐	ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
๓๕. ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัด กรองความถดถอย ๙ ด้านผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๙๐	๑. ข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้า ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud ๒. พลิกเคชั่นสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) ๓. Smart อสม.
๓๖. รพ.สต. มีการจัดตั้งจุดบริการ ผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๑๐๐	ระบบรายงาน
๓๗. ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (อย่างน้อย ๑ ประเด็นตามปัจจัย เสี่ยงด้านสุขภาพหรือเสี่ยงจากการคัด กรองความถดถอย ๙ ด้าน) มีการ จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	ร้อยละ ๔๐	๑. แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ๒. <a href="https://bluebook.anamai.moph.go.th/">https://bluebook.anamai.moph.go.th/</a> login
๓๘. โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรม ผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ คุณภาพ (๗๑คะแนนขึ้นไป)	๑ โรงเรียนหรือ ชมรม /ตำบล	ระบบรายงาน
๓๙. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการ คัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อมเสี่ยงสูง (AMT/MMSE Thai-๒๐๐๒) ได้รับการส่งต่อรพช. หรือรพ.แพร์	ร้อยละ ๖๐	พลิกเคชั่นสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)



### ตัวชี้วัด ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๙ (ต่อ)

กิจกรรม/ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	หมายเหตุ/ระบบรายงาน
๔๐. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มเสียงสูง (คัดกรอง TUGT มากกว่า ๒๐ วินาที หรือ SPPB น้อยกว่า ๑๐ คะแนน) ได้รับการส่งต่อ รพช.หรือรพ.แพร์	ร้อยละ ๗๐	รายงานผลจาก ระบบส่งผ่าน หมอพร้อม หรือ moph refer ข้อมูลการส่งต่อภาวะสมองเสื่อม / ภาวะหกล้ม
๔๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)	ร้อยละ ๙๘	รายงานโปรแกรม Long Term Care (3C) <a href="https://ltc.anamai.moph.go.th">https://ltc.anamai.moph.go.th</a>



ระดับการวัดผล	ร้อยละ ๑๐๐
ชื่อตัวชี้วัด	๑.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ
คำนิยาม	<p>๑) บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งหมายดูแลสุขภาพของบุคคลในพื้นที่รับผิดชอบแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>๒) หน่วยบริการ หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวง ทบวง กรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ สถาบันการศึกษาของรัฐ หน่วยงานอื่นของรัฐ และสภาวิชาชีพ</li> <li>- สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล</li> <li>- หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด</li> </ul> <p>๓) หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒</p> <p>๔) เกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง เกณฑ์การประเมิน ตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖ ฉบับปรับปรุง สำหรับสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ และคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๘ -๒๕๗๐</p> <p>๕) การผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง ผ่านการตรวจประเมินโดย คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (ค.ป.ค.ม.)</p> <p>๖) เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายถึง แนวปฏิบัติในการดำเนินงานและจัดการคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ประกอบด้วยมาตรฐาน ๘ ด้าน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ด้านระบบบริหารจัดการ (ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ)</li> <li>๒. ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ (ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ)</li> <li>๓. ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม (ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ)</li> <li>๔. ด้านระบบสารสนเทศ (ต้องผ่านเกณฑ์ทุกข้อ)</li> <li>๕. ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐)</li> <li>๖. ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</li> </ol>

	(ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐) ๗. ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.) (ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐) ๘. ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ต้องผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๐)				
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐ ๑๒๑ แห่ง</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละ ๑๐๐ ๑๒๑ แห่ง
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ	ร้อยละ ๑๐๐ ๑๒๑ แห่ง				
<b>วัตถุประสงค์</b>	๑. เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ๒. เพื่อให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน มีระบบการให้บริการอย่างมีคุณภาพและมาตรฐาน				
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน				
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน บันทึกผลการประเมินตนเอง ในเว็บไซต์ <a href="https://pcustandard.moph.go.th/login.php">https://pcustandard.moph.go.th/login.php</a> ๒. ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ (กองสาธารณสุข อบจ.แพร่) บันทึกรับรองผลการประเมินตนเอง ในเว็บไซต์ <a href="https://pcustandard.moph.go.th/login.php">https://pcustandard.moph.go.th/login.php</a> ๓. คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (ค.ป.ค.ม.) บันทึกผลการตรวจประเมิน ในเว็บไซต์ <a href="https://pcustandard.moph.go.th/login.php">https://pcustandard.moph.go.th/login.php</a>				
<b>แหล่งข้อมูล</b>	โปรแกรมระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เว็บไซต์ <a href="https://pcustandard.moph.go.th/login.php">https://pcustandard.moph.go.th/login.php</a>				
<b>รายการข้อมูล ๑</b>	A = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ				



รายการข้อมูล ๒	B = โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ทั้งหมด			
รายการข้อมูล ๓	C = ร้อยละผลการประเมิน			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$C = (A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	<p>๑. ประชุมชี้แจงแนวทางการตรวจประเมินตามเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p>	<p>๑. พัฒนาศักยภาพคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (ค.ป.ค.ม.)</p> <p>๒. พัฒนาศักยภาพทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอ</p> <p>๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ประเมินตนเองและบันทึกผลการประเมินตนเองในระบบ</p> <p>๔. ทีมที่เลี้ยงระดับอำเภอติดตามเยี่ยมเสริมพลัง และพัฒนา</p> <p>๕. ผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ (กองสาธารณสุข อบจ.แพร่) บันทึกรับรองผลการประเมินตนเอง</p>	<p>๑. คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (ค.ป.ค.ม.) ตรวจประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน และบันทึกผลการตรวจประเมินในระบบ</p>	<p>๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และสถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. มอบประกาศนียบัตรรับรองผลผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p>

วิธีการประเมินผล :	คณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัดแพร่ (ค.ป.ค.ม.) ตรวจประเมินในพื้นที่และบันทึกผลการประเมินในโปรแกรมระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เว็บไซต์ <a href="https://pcustandard.moph.go.th/login.php">https://pcustandard.moph.go.th/login.php</a>
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๖ ฉบับปรับปรุง คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๘ -๒๕๗๐
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายบรรณวิทย์ ทองย้อย      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานปฐมภูมิและเครือข่ายสุขภาพ สสจ. แพร่ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๕๔-๕๓๑-๖๗๑ ต่อ ๓๐๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๕๙๕๔๒๕๖    โทรสาร : ๐๕๔-๕๒๑๓๘๓



ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการขับเคลื่อนองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO/HLC) อย่างน้อย ๑ เรื่อง
คำนิยาม	<p><b>หน่วยบริการปฐมภูมิ</b> หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่ จำนวน ๑๑๙ แห่ง</p> <p><b>องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ</b> หมายถึง องค์การที่ยึดหลักการว่า การพัฒนาความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนในองค์กร การจัดระบบ กระบวนการ และบริการที่ให้ความสำคัญเรื่องข้อมูลและการสื่อสารที่เอื้อให้บุคลากรทุกคนมีความสามารถในการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพ กิจกรรมสุขศึกษา ที่มุ่งให้ผู้รับบริการเกิด การเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเอง ทางด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะผู้รับบริการจะเป็นใคร และลักษณะเป็นอย่างไร</p> <p><b>ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ</b> หมายถึง ทักษะทางปัญญาและสังคมของบุคคล ในการสร้างแรงจูงใจให้ตนเองในการเข้าถึง เข้าใจ ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพได้ด้วยตนเอง เมื่อมีความต้องการจนมีสมรรถนะในการตอบโต้ แลกเปลี่ยน ชักถาม กับคนอื่นนำไปสู่การมีความสามารถในการประเมินเพื่อตัดสินใจ จัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตลอดจนสามารถสื่อสารบอกต่อคนอื่นได้</p> <p><b>กิจกรรมส่งเสริมความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ</b> หมายถึง ชุดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่มุ่งเพื่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพของกลุ่มวัย</p> <p><b>การจัดการสุขภาพ</b> หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและ การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ด้วยกระบวนการ TPAR ประกอบด้วย สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน (Team) มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี(Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ขับเคลื่อนผ่านทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน</p> <p><b>ทีมเครือข่ายสุขภาพ</b> หมายถึง ทีมภาคีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย อปท. แกนนำสุขภาพ (อสม.) และเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : ๘๐ เรื่อง	
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงในทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมความรู้รอบรู้และทักษะที่จำเป็นต่อการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูล ความรู้ และการบริการสุขภาพที่จำเป็นต่อการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ผ่านการบริการสุขภาพและสังคมที่มีอยู่ในปัจจุบัน</p> <p>๒. เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการจัดการสุขภาพประชาชนในพื้นที่</p>

	๓. เพื่อติดตามระดับอัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน								
<b>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</b>	๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ๒. หมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง และสถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ๓. ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป								
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ลงทะเบียนในแพลตฟอร์ม “สาสุข อุ่นใจ” และมีการ ขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO/HLC) อย่างน้อย ๑ เรื่อง ๒. ข้อมูลที่รวบรวมใน Dashboard ของระบบปฏิบัติการ “สาสุข อุ่นใจ”								
<b>แหล่งข้อมูล</b>	เว็บไซต์ “สาสุข อุ่นใจ URL : <a href="http://sasukoonchai.anamai.moph.go.th">http://sasukoonchai.anamai.moph.go.th</a>								
<b>รายการข้อมูล</b>	ข้อมูลจำนวนเรื่องในระบบเว็บไซต์ “สาสุข อุ่นใจ”								
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	ทุก ๖ เดือน								
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>									
๑. เป้าหมาย หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและชุมชนรอบรู้ด้าน สุขภาพ (HLO/HLC) แห่งละ ๑ เรื่อง									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>๔๐ เรื่อง</td> <td>-</td> <td>๘๐ เรื่อง</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	-	๔๐ เรื่อง	-	๘๐ เรื่อง
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน						
-	๔๐ เรื่อง	-	๘๐ เรื่อง						
๒. เป้าหมาย หน่วยบริการปฐมภูมิ มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในชุมชนรอบรู้ ด้านสุขภาพ แห่งละ ๑๐๐ คน									
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ผลงานเทียบเป้าหมาย								
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	เว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ URL : <a href="https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/">https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/</a>								
<b>ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นายสุทธพจน์ กาวีวัล นักสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๕๔ ๕๑๑ ๑๔๕ ต่อ ๓๐๒								
<b>ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน</b>	นายสุทธพจน์ กาวีวัล นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๕๔ ๕๑๑ ๑๔๕ ต่อ ๓๐๒								



แผนที่	การพัฒนาาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ
ชื่อตัวชี้วัด	๓. สถานบริการพยาบาลสามารถจัดบริการสาธารณสุขทางไกล
คำนิยาม	<p><b>การบริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)</b> หมายถึง การจัดระบบให้บริการปรึกษา แนะนำ รักษา ติดตาม เยี่ยมบ้าน ระหว่างโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลแห่งหนึ่งไปยังอีกสถานที่หนึ่ง เช่น บ้าน คลินิกชุมชนอบอุ่น รพ.สต. หรือสถานพยาบาลเครือข่ายอื่นๆ โดยอาศัยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค ตามความเห็นของแพทย์ และบริบทของพื้นที่</p> <p><b>กลุ่มเปราะบาง</b> หมายถึง กลุ่มประชาชนที่ไม่สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้แบบบุคคลทั่วไป เช่น กลุ่มผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยระยะประคับประครอง เป็นต้น</p> <p><b>ตามเกณฑ์ที่กำหนด</b> หมายถึง ให้บริการด้วยกระบวนการที่เป็นมาตรฐานอย่างน้อยประกอบด้วย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. กระบวนการให้บริการมีความมั่นคงปลอดภัยทางไซเบอร์</li> <li>๒. ปฏิบัติด้วยความรอบคอบภายใต้กฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล และทำการบันทึก RoPA (กิจกรรมการประมวลผลขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลส่วนบุคคล ตามมาตรา ๓๙ พ.ร.บ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒)</li> <li>๓. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเรียกเก็บค่าบริการรักษาจากกองทุนต่างๆ ได้ตามสิทธิ์</li> <li>๔. บันทึกข้อมูลการให้บริการฯ ในระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS: Hospital Information System) ด้วยรหัสมาตรฐานแพ้ม Service (๑๔) รหัสประเภทการมารับบริการ “๕ รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)” และจัดส่งข้อมูลบริการฯ ดังกล่าวเข้าสู่คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center)</li> <li>๕. การให้บริการการแพทย์ทางไกล เชื่อมโยงกับการส่งยาที่บ้านได้</li> <li>๖. มีจำนวนครั้งการให้บริการฯ ภาพรวมทั้งจังหวัดเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ จากปีที่ผ่านมา</li> </ol> <p><b>หน่วยบริการ</b> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (สอน.) **เฉพาะหน่วยงานในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดเท่านั้น**</p> <p><b>มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. หน่วยบริการมีการให้บริการการแพทย์ทางไกลตามที่แพทย์เห็นสมควรหรือตามบริบทของพื้นที่ ช่องทางการใช้ Digital Health Platforms</li> <li>๒. อสม. มีส่วนร่วมในการให้บริการการแพทย์ทางไกล สอน. บัดดี้ โดยใช้กลไก ๓ หมอ แบบประเมิน ๘ กลุ่มโรค (โรคเรื้อรัง, จิตเวชและยาเสพติด, Palliative Care, Long Term Care, intermediate care, PP&amp;P, สอบสวนโรคติดต่อ, สุราเรื้อรัง)</li> <li>๓. การให้บริการการแพทย์ทางไกล สามารถเชื่อมต่อบริบบนที่ทำการให้บริการ (Visit) กับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (HIS)</li> </ol>

๔. หน่วยบริการจัดให้มีการประเมินความพึงพอใจในการรับบริการ การแพทย์ทางไกล

๕. หน่วยบริการจัดทำรายงานสิ้นปีแสดงสถิติจำนวนครั้งการนัดหมายรับ บริการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและกลุ่มติดตามอาการทั้งหมด เพื่อใช้เป็น ข้อมูลตั้งต้นในการคำนวณร้อยละของตัวชี้วัดในปีงบประมาณถัดไป

๖. คณะทำงานธรรมาภิบาลด้านข้อมูลและเทคโนโลยีสุขภาพระดับจังหวัด ติดตามและกำกับดูแลหน่วยบริการให้มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด

มาตรฐานแฟ้ม อ้างอิงจากเว็บไซต์กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รหัสที่มีการเปลี่ยนแปลงปีงบประมาณ ๒๕๖๔

( [https://hdata.moph.go.th/site/?page\\_id=๘๔](https://hdata.moph.go.th/site/?page_id=๘๔) )

รหัสที่ใช้บันทึก	รายละเอียด	หมายเหตุ
1	มารับบริการเอง	
2	มารับบริการตามนัดหมาย	
3	ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น	
4	ได้รับการส่งตัวจากบริการ EMS	
5	รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)	ปรับเพิ่มจากศูนย์มาตรฐาน รหัสฯ กยผ. (พ.ศ. 2564)

#### แนวทางการตรวจ ติดตาม

ประมวลผลข้อมูลจำนวนครั้งในการให้บริการ จากระบบคลังข้อมูลด้าน การแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center) และแสดงรายงานใน เว็บไซต์ <https://hdc.moph.go.th/pre/public/standard-report-detail/๒d๘๕dbec๓๘๔of๘๐๕๑๘๕๔๖๐๒๘fa๑๓๐๗๓>

เกณฑ์เป้าหมาย :		
ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
จำนวนสถานบริการที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ (เกณฑ์ให้บริการฯ รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ๕ ครั้ง/เดือน)	จำนวนสถานบริการที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ (รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ๕ ครั้ง/เดือน)	จำนวนสถานบริการที่มีบริการการแพทย์ทางไกลตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๑๐๐ (รพ.สต.ไม่น้อยกว่า ๕ ครั้ง/เดือน)
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>๑. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการการแพทย์ทางไกลทั่วประเทศ</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ ได้มากขึ้น</p>	
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ (สอน.)	
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	หน่วยบริการส่งข้อมูลจำนวนครั้งของการให้บริการการแพทย์ทางไกล (รหัสประเภทการมารับบริการ รหัส ๕ รับบริการสาธารณสุขทางไกล (Telehealth / Telemedicine)) ไปยังระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC: Health Data Center)	
<b>แหล่งข้อมูล</b>	Health Data Center <a href="https://hdc.moph.go.th/pre/public/standard-report-detail/๒d๘๕dbecm๙๘๔๐f๘๐๕๑๘๕๔๖๐๒๘fa๑๓๐๗๓">https://hdc.moph.go.th/pre/public/standard-report-detail/๒d๘๕dbecm๙๘๔๐f๘๐๕๑๘๕๔๖๐๒๘fa๑๓๐๗๓</a>	
<b>รายการข้อมูล ๑</b>	A = จำนวนครั้งที่ให้บริการ	
<b>รายการข้อมูล ๒</b>	B = เกณฑ์ให้บริการฯ	
<b>รายการข้อมูล ๓</b>	C = จำนวนสถานบริการ	
<b>รายการข้อมูล ๔</b>	D = ห้วงเวลาที่จัดบริการ	
<b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b>	$(Ax๑๐๐)/BxCxD$ หมายเหตุ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐๐ = ผ่าน (๑๐๐) น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐ = ไม่ผ่าน (๐)	
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	๑๒ เดือน	





	สูงเม่น	๑๘๐	๕๗๔	๖๘๐
	เด่นชัย	๓๐๗	๘๖	๑,๐๓๕
	สอง	๔๕๒	๔๖	๓๒๗
	วังชิ้น	๑๗๖	๑๕๘	๓๐๖
	หนองม่วงไข่	๑๗	๖๗	๒๖๘
	รวม	๑,๓๖๒	๔,๙๕๘	๑๐,๖๙๕
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>๑. นายวัชรพงษ์ วัชรรินทร์                      นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๙๙๙๓๓๐๔ E-mail : bonsit๒๓@hotmail.com Line : ssj_pr    กลุ่มสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่</p> <p>๒. นางสาวสุชัญญา ใจเฉียง                      นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓-๑๙๓๑๙๑๕ E-mail : <a href="mailto:Suchanya.sj@gmail.com">Suchanya.sj@gmail.com</a> กลุ่มสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่</p>			

ชื่อตัวชี้วัด	<p>๔. ร้อยละของการส่งข้อมูลเข้า DATA Hub(HDC) เป็นประจำทุกเดือน</p> <p>๕. ร้อยละของการเชื่อมต่อ PHR หมอพร้อม DID เป็นประจำทุกวัน</p>
คำนิยาม	<p>(PHR) Personal Health Record หรือ PHR คือ บันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบไปด้วยข้อมูล เช่น ข้อมูลติดต่อ น้ำหนัก-ส่วนสูง การแพ้ยา ประวัติการรับวัคซีน ประวัติการผ่าตัด เป็นต้น ในอดีตการบันทึกจะอยู่ในรูปแบบสมุดเล่ม (Physical Book) ซึ่งมีข้อเสียที่ไม่สามารถแชร์กับสถานพยาบาลหรือองค์กรต่างๆ ได้ทันทีและสมุดอาจเสื่อมโทรมจนข้อมูลคลาดเคลื่อนหรือเสียหายได้ Personal Health Record ได้พัฒนาอยู่ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถแบ่งปันข้อมูลให้กับแพทย์หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ทันทีอย่างง่ายดาย รวมทั้งสามารถซิงค์กับระบบจัดการข้อมูลในโรงพยาบาลระบบอื่นๆ ได้อีกด้วย ข้อมูลในระบบ PHR จะเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพในด้านต่างๆ ประกอบไปด้วยข้อมูลที่มาจาก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑) โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาล</li> <li>๒) จากการบันทึกด้วยตัวเองของผู้ป่วย</li> </ol> <p>ข้อมูลด้านสุขภาพที่จะบันทึกในระบบ PHR จะประกอบไปด้วยข้อมูลหลักๆ เหล่านี้ ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วย (Demographic Information) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น น้ำหนัก-ส่วนสูง ความดัน สถานะสัญญาณชีพจร เป็นต้น ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษา การนัดหมาย พบแพทย์ ข้อมูลและประวัติการแพ้ ประวัติครอบครัว เช่น โรคทางกรรมพันธุ์ ประวัติและรายละเอียดการรับวัคซีน ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและสภาพร่างกาย รายชื่อยาที่ใช้ ประวัติการรักษาในสถานพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับการผ่าตัดที่เคยได้รับ และนอกจากจากข้อมูลข้างต้น แล้ว PHR ในปัจจุบัน ยังสามารถใช้เป็นบันทึกพฤติกรรมได้และการติดตามเป้าหมายการดูแลสุขภาพ เช่น จำนวนวันที่เลิกเหล้า จำนวนวันที่เลิกสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น</p> <p>ระบบประเมินสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ส่วนบุคคล (PHR) ระบบหมอพร้อม พัฒนาขึ้นเพื่อประโยชน์ของประชาชน ในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองภายหลังการเข้ารับบริการตรวจรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ที่เข้าร่วมโครงการกับแพลตฟอร์มหมอพร้อม ตามสิทธิของผู้ป่วยในการเข้าถึงข้อมูล</p> <p>การเข้ารับการรักษาของตัวเอง และเพื่อประโยชน์แก่หน่วยบริการสุขภาพ ในการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลสุขภาพของประชาชน ระหว่างกันแบบไร้รอยต่อชุดข้อมูล PHR ระบบหมอพร้อม รองรับทั้งข้อมูลจากระบบสารสนเทศของหน่วยบริการสุขภาพ(Health Information System : HIS) และจากระบบ Health Datacenter ของหน่วยบริการต่างๆ ที่เข้าร่วมโครงการและข้อมูลสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะถูกประมวลผลในระบบ</p>



	<p>MOPH-PHR ของแพลตฟอร์มหมอพร้อม เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพประชาชนรายบุคคล และคืนข้อมูลให้ประชาชนซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูล (Data subject) ผ่าน Mobile Application หมอพร้อม</p> <p><b>(HDC) ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center ระดับจังหวัด, ระดับเขต และระดับกระทรวง</b> เป็นระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ ซึ่งรวบรวมข้อมูลสาธารณสุขของสถานบริการภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง เป็นระบบฐานข้อมูลเพื่อสนับสนุนการบริหารจัดการและการตัดสินใจของผู้บริหารระดับต่างๆ ในกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ที่ประกาศโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ส่งจากหน่วยบริการสาธารณสุขมายังฐานข้อมูลกลางระดับจังหวัด (HDC ระดับจังหวัด) เพื่อตรวจสอบและประมวลผลตามขั้นตอนการประมวลผลที่สร้างจากส่วนกลาง และข้อมูลที่ถูกประมวลผล และส่งมายังฐานข้อมูลกลางระดับกระทรวงแบบอัตโนมัติ</p> <p>ระบบฐานข้อมูลกลาง (HDC) ระดับจังหวัดเปิดให้บริการ Web Service คืนข้อมูลด้านความครอบคลุม เช่น ANC, EPI ให้กับโปรแกรมในสถานบริการ เช่น HosXp, HosXp_pcu Mypcu ฯลฯ เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านการแพทย์ของผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องในการไปรับบริการรักษาพยาบาลในจังหวัดเดียวกันได้</p> <p>ส่วนผู้ใช้งานโปรแกรมสามารถใช้ประโยชน์ข้อมูลได้ ๒ ลักษณะ คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ระดับกระทรวง เขตบริการสุขภาพ จังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน</li> <li>๒. ระดับเครือข่ายบริการ หน่วยบริการ</li> </ol> <p>แบ่งข้อมูลเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ข้อมูลตัวชี้วัดเป็น ข้อมูลตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ ในระดับกระทรวง ระดับกรม ระดับเขต และระดับจังหวัด แบ่งตามกลุ่ม สตรีและเด็ก ปฐมวัย วัยเรียน วัยทำงาน และผู้สูงอายุ</li> <li>๒. ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นข้อมูลสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ เช่น อัตราป่วย</li> </ol> <p>คำสำคัญ (Keywords) : Data Center, ระบบฐานข้อมูลกลางด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม, Health Data Center</p>
--	---

**เกณฑ์เป้าหมาย :**

รายการ	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
ข้อมูล HDC (๔๓ แฟ้ม)	≥ ร้อยละ ๙๕	≥ ร้อยละ ๙๕	≥ ร้อยละ ๙๕	≥ ร้อยละ ๙๕
ข้อมูล PHR	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐



วัตถุประสงค์	๑. เพื่อนำข้อมูลจาก HIS หน่วยบริการ เข้า Data Hub ๒. เพื่อเชื่อมต่อข้อมูล PHR บันทึกข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย ให้เป็นปัจจุบัน ๓. เพื่อตรวจสอบและประมวลผลตามขั้นตอนการประมวลผลที่สร้างจาก ส่วนกลาง และข้อมูลที่ถูกประมวลผล และส่งมายังฐานข้อมูลกลางระดับ กระทรวงแบบอัตโนมัติ														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๓. สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (อ้างอิงจากฐานข้อมูลHDC)														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๓.๑ ส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้มเข้า HDC ๓.๒ การเชื่อมข้อมูล PHR														
แหล่งข้อมูล	๑. ตรวจสอบ การส่ง ๔๓ แฟ้ม ใน HDC <a href="https://pre.hdc.moph.go.th/hdc/reports/m_report.php?source=s_monitor/monitor_service_send.php">https://pre.hdc.moph.go.th/hdc/reports/m_report.php?source=s_monitor/monitor_service_send.php</a> ๒. ตรวจสอบการส่ง PHR <a href="https://phr๑.moph.go.th/dashboard/">https://phr๑.moph.go.th/dashboard/</a>														
รายการข้อมูล ๑	A๑ = สถานบริการที่ส่ง ๔๓ แฟ้ม ทันเวลา (ไม่เกินวันที่ ๕ ของเดือน)														
รายการข้อมูล ๒	B๑ = จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด (๑๒๑ แห่ง)														
รายการข้อมูล ๓	A๒ = สถานบริการที่เชื่อมต่อ PHR เป็นประจำ ทุกวัน (ไม่เกิน ๕ วันทำการ)														
รายการข้อมูล ๔	B๒ = จำนวนสถานพยาบาลทั้งหมด (๑๒๑ แห่ง)														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๓.๑	$(A๑/B๑) \times ๑๐๐$ *** ต้องผ่านร้อยละ ๙๕ ของสถานบริการ														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๓.๒	$(A๒/B๒) \times ๑๐๐$ *** ต้องผ่านร้อยละ ๑๐๐ ของสถานบริการ														
	การประเมินตัวชี้วัด ต้องผ่านหลักเกณฑ์ทั้ง ๒ ตัวชี้วัด <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>รายจังหวัด</th> <th>สูตรคำนวณ</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> <th>หลักเกณฑ์</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ข้อมูล HDC (๔๓ แฟ้ม)</td> <td><math>(A๑/B๑) \times ๑๐๐</math></td> <td><math>\geq</math> ร้อยละ ๙๕</td> <td><math>\geq</math> ร้อยละ ๙๕</td> <td rowspan="2">ผ่านหลักเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดฯ</td> </tr> <tr> <td>ข้อมูล PHR</td> <td><math>(A๒/B๒) \times ๑๐๐</math></td> <td><math>\geq</math> ร้อยละ ๑๐๐</td> <td><math>\geq</math> ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	รายจังหวัด	สูตรคำนวณ	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	หลักเกณฑ์	ข้อมูล HDC (๔๓ แฟ้ม)	$(A๑/B๑) \times ๑๐๐$	$\geq$ ร้อยละ ๙๕	$\geq$ ร้อยละ ๙๕	ผ่านหลักเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดฯ	ข้อมูล PHR	$(A๒/B๒) \times ๑๐๐$	$\geq$ ร้อยละ ๑๐๐	$\geq$ ร้อยละ ๑๐๐
รายจังหวัด	สูตรคำนวณ	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	หลักเกณฑ์											
ข้อมูล HDC (๔๓ แฟ้ม)	$(A๑/B๑) \times ๑๐๐$	$\geq$ ร้อยละ ๙๕	$\geq$ ร้อยละ ๙๕	ผ่านหลักเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดฯ											
ข้อมูล PHR	$(A๒/B๒) \times ๑๐๐$	$\geq$ ร้อยละ ๑๐๐	$\geq$ ร้อยละ ๑๐๐												
ระยะเวลาประเมินผล	๖ เดือน และ ๑๒ เดือน														
เกณฑ์การประเมิน :	ปี ๒๕๖๘ : ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ														





	- ความทันเวลา การนำเข้าชุดข้อมูล ๔๓ เพิ่มมาตรฐาน สามารถนำส่งเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลสุขภาพทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ทันเวลาตามที่กำหนด (ไม่เกินวันที่ ๕ ของเดือน)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ดิจิทัลไอที	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นายวัชรพงษ์ วัชรรินทร์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๙๙๙๓๓๐๔ E-mail : bonsil๒๓@hotmail.com Line : ssj_pr กลุ่มสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่</p> <p>๒. นายวีระชัย ชัยวรรณธรรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๕๗๕๕๕๙๘ E-mail : weechai.aey@hotmail.com กลุ่มสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่</p>				



ชื่อตัวชี้วัด	<p>๖. ร้อยละของประชาชนทุกคน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ</p> <p>๗. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเปราะบางมี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ</p>			
คำนิยาม	<p><b>ดิจิทัลไอดี (Digital Identity หรือ Digital ID)</b> หมายถึง ชุดของข้อมูลหรือคุณลักษณะที่รวบรวมและบันทึกในรูปแบบดิจิทัล เพื่อใช้ระบุตัวบุคคลในการทำธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ผ่านระบบการลงทะเบียนและพิสูจน์ตัวตนของระบบ Identity provider (IdP) เพื่อยกระดับการให้บริการแก่ประชาชน และช่วยอำนวยความสะดวกให้ผู้รับบริการ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง แม้จะเข้ารับการรักษาจากหน่วยบริการสุขภาพหลายแห่ง</p> <p><b>ระบบ Identity provider (IdP)</b> หมายถึง ระบบกลางสำหรับบริหารจัดการข้อมูล Digital ID เพื่อสนับสนุนกระบวนการทำธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของบุคลากรสาธารณสุข(บุคคลธรรมดา) และประชาชนที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มหมอพร้อม เช่น การตรวจพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล (Electronic Know Your Customer : e KYC) ช่วยลดขั้นตอนในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ประหยัดเวลา ลดภาระในการติดต่อหรือใช้บริการจากหน่วยบริการภาครัฐ</p> <p><b>ประชาชน</b> หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัดแพร่ จำนวน ๔๓๘,๗๔๑ คน</p> <p><b>กลุ่มเปราะบาง</b> หมายถึง ประชาชนในพื้นที่ความรับผิดชอบหน่วยบริการในจังหวัด กลุ่มเปราะบางทางด้านร่างกาย เป็นกลุ่มคนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย อยู่ในภาวะร่างกายอ่อนแอ มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือวุฒิภาวะยังไม่พร้อมในการตัดสินใจ ที่จำเป็นต้องใช้ Health ID ในการรับบริการสาธารณสุขทางไกล เช่น เด็กแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์ บุคคลทุพพลภาพ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรค NCD เป็นต้น โดยในวิกฤตผู้ลี้ภัย ผู้คนจำนวนมากได้รับบาดเจ็บ หรือสูญเสียอวัยวะที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จำนวน ๑๒๑,๙๙๘ คน</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
รายการ	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
ประชาชน	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๘๐
กลุ่มเปราะบาง	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๙๐	≥ ร้อยละ ๙๕	≥ ร้อยละ ๙๘



<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>๑. เพื่อให้คนไทยมีดิจิทัลไอดี สำหรับการทำธุรกรรมในระบบสุขภาพดิจิทัล ที่ดูแลโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการแบบไร้รอยต่อ</p> <p>๒. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลการรักษาจากหน่วยบริการสาธารณสุข และแสดงเป็นข้อมูลระบบทะเบียนสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ บน Application (กรณีประชาชนที่ไม่มีโทรศัพท์สมาร์ทโฟน สามารถแสดงประวัติการรักษาเฉพาะบุคคล ผ่านระบบ Electronic Medical Record หลังจากได้รับอนุญาตจากประชาชนเจ้าของข้อมูล)</p> <p>๓. เพื่อลดขั้นตอน และความซับซ้อนในการพิสูจน์และยืนยันตัวตนทางดิจิทัล อำนวยความสะดวก และประหยัดเวลาในการยืนยันตัวตนก่อนเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ผ่านแพลตฟอร์มต่างๆ</p> <p>๔. ป้องกันความเสี่ยงในการปลอมแปลงตัวตนเพื่อเข้ารับบริการรักษาแทนบุคคลอื่น เพิ่มความโปร่งใส ตรวจสอบได้ และเพิ่มประสิทธิภาพการบริการสาธารณสุข</p>																																																		
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>ประชาชน หมายถึง ประชากรทุกคนในพื้นที่ความรับผิดชอบของหน่วยบริการในจังหวัดแพร่ จำนวน ๔๓๘,๗๔๑ คน แยกจำนวนประชากร หลัง cleansing ความซ้ำซ้อนตามเงื่อนไข จำแนกตาม TYPEAREA ๑ จำนวน ๓๐๕,๑๕๑ คน, TYPEAREA ๒ จำนวน ๑๒๓,๖๕๖ คน, TYPEAREA ๓ จำนวน ๑๐,๙๓๔ คน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรใน HDC วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘)</p> <table border="1" data-bbox="587 1245 1426 1682"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>DID</th> <th>ไม่มี DID</th> <th>รวมประชากร</th> <th>ร้อยละ DID</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมืองแพร่</td> <td>๕๘,๙๓๕</td> <td>๕๔,๙๕๘</td> <td>๑๑๓,๘๙๓</td> <td>๕๑.๗๕</td> </tr> <tr> <td>ร้องกวาง</td> <td>๒๗,๗๙๕</td> <td>๒๒,๕๐๒</td> <td>๕๐,๒๙๗</td> <td>๕๕.๒๖</td> </tr> <tr> <td>ลือียง</td> <td>๓๑,๑๔๑</td> <td>๒๕,๘๘๘</td> <td>๕๗,๐๒๙</td> <td>๕๔.๖๑</td> </tr> <tr> <td>สูงเม่น</td> <td>๔๐,๘๔๙</td> <td>๓๒,๔๖๔</td> <td>๗๓,๓๑๓</td> <td>๕๕.๗๒</td> </tr> <tr> <td>เด่นชัย</td> <td>๑๘,๔๐๕</td> <td>๑๖,๔๒๑</td> <td>๓๔,๘๒๖</td> <td>๕๒.๘๕</td> </tr> <tr> <td>สอง</td> <td>๓๑,๑๒๘</td> <td>๑๙,๐๖๗</td> <td>๕๐,๑๙๕</td> <td>๖๒.๐๑</td> </tr> <tr> <td>วังชิ้น</td> <td>๒๕,๕๓๘</td> <td>๑๙,๗๗๙</td> <td>๔๕,๓๑๗</td> <td>๕๖.๓๕</td> </tr> <tr> <td>หนองม่วงไข่</td> <td>๑๐,๐๖๕</td> <td>๖,๔๖๑</td> <td>๑๖,๕๒๖</td> <td>๖๐.๙๐</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>๒๔๓,๘๕๖</td> <td>๑๙๗,๕๔๐</td> <td>๔๔๑,๓๙๖</td> <td>๕๕.๒๕</td> </tr> </tbody> </table> <p>กลุ่มเปราะบาง หมายถึง ประชากรในพื้นที่ความรับผิดชอบหน่วยบริการในจังหวัด กลุ่มเปราะบางทางด้านร่างกาย เป็นกลุ่มคนที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางด้านร่างกาย อยู่ในภาวะร่างกายอ่อนแอ มีปัญหาทางด้านสุขภาพ หรือวุฒิภาวะยังไม่พร้อมในการตัดสินใจ ที่จำเป็นต้องใช้ Health ID ในการรับบริการสาธารณสุขทางไกล เช่น เด็กแรกเกิด หญิงตั้งครรภ์ บุคคลทุพพล</p>	อำเภอ	DID	ไม่มี DID	รวมประชากร	ร้อยละ DID	เมืองแพร่	๕๘,๙๓๕	๕๔,๙๕๘	๑๑๓,๘๙๓	๕๑.๗๕	ร้องกวาง	๒๗,๗๙๕	๒๒,๕๐๒	๕๐,๒๙๗	๕๕.๒๖	ลือียง	๓๑,๑๔๑	๒๕,๘๘๘	๕๗,๐๒๙	๕๔.๖๑	สูงเม่น	๔๐,๘๔๙	๓๒,๔๖๔	๗๓,๓๑๓	๕๕.๗๒	เด่นชัย	๑๘,๔๐๕	๑๖,๔๒๑	๓๔,๘๒๖	๕๒.๘๕	สอง	๓๑,๑๒๘	๑๙,๐๖๗	๕๐,๑๙๕	๖๒.๐๑	วังชิ้น	๒๕,๕๓๘	๑๙,๗๗๙	๔๕,๓๑๗	๕๖.๓๕	หนองม่วงไข่	๑๐,๐๖๕	๖,๔๖๑	๑๖,๕๒๖	๖๐.๙๐	รวม	๒๔๓,๘๕๖	๑๙๗,๕๔๐	๔๔๑,๓๙๖	๕๕.๒๕
อำเภอ	DID	ไม่มี DID	รวมประชากร	ร้อยละ DID																																															
เมืองแพร่	๕๘,๙๓๕	๕๔,๙๕๘	๑๑๓,๘๙๓	๕๑.๗๕																																															
ร้องกวาง	๒๗,๗๙๕	๒๒,๕๐๒	๕๐,๒๙๗	๕๕.๒๖																																															
ลือียง	๓๑,๑๔๑	๒๕,๘๘๘	๕๗,๐๒๙	๕๔.๖๑																																															
สูงเม่น	๔๐,๘๔๙	๓๒,๔๖๔	๗๓,๓๑๓	๕๕.๗๒																																															
เด่นชัย	๑๘,๔๐๕	๑๖,๔๒๑	๓๔,๘๒๖	๕๒.๘๕																																															
สอง	๓๑,๑๒๘	๑๙,๐๖๗	๕๐,๑๙๕	๖๒.๐๑																																															
วังชิ้น	๒๕,๕๓๘	๑๙,๗๗๙	๔๕,๓๑๗	๕๖.๓๕																																															
หนองม่วงไข่	๑๐,๐๖๕	๖,๔๖๑	๑๖,๕๒๖	๖๐.๙๐																																															
รวม	๒๔๓,๘๕๖	๑๙๗,๕๔๐	๔๔๑,๓๙๖	๕๕.๒๕																																															



	<p>ภาพ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้ป่วยโรค NCD เป็นต้น จำนวน ๑๒๑,๙๙๘ คน แยกจำนวนประชากร หลัง cleansing ความซ้ำซ้อนตามเงื่อนไข จำแนกตาม TYPEAREA ๑ จำนวน ๑๑๙,๒๐๘ คน, TYPEAREA ๒ จำนวน ๓๙๖ คน, TYPEAREA ๓ จำนวน ๒,๓๙๔ คน (อ้างอิงตามฐานข้อมูลประชากรใน HDC วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘)</p> <table border="1" data-bbox="587 488 1428 920"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>DID</th> <th>ไม่มี DID</th> <th>รวมเปราะบาง</th> <th>ร้อยละ DID</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมืองแพร์</td> <td>๒๒,๐๕๑</td> <td>๘,๓๖๔</td> <td>๓๐,๔๑๕</td> <td>๗๒.๕๐</td> </tr> <tr> <td>ร้องกวาง</td> <td>๑๐,๔๗๓</td> <td>๒,๔๑๓</td> <td>๑๒,๘๘๖</td> <td>๘๑.๒๗</td> </tr> <tr> <td>ลอง</td> <td>๑๑,๘๗๘</td> <td>๒,๖๓๖</td> <td>๑๔,๕๑๔</td> <td>๘๑.๘๔</td> </tr> <tr> <td>สูงเม่น</td> <td>๑๗,๗๔๑</td> <td>๕,๐๘๗</td> <td>๒๒,๘๒๘</td> <td>๗๗.๗๒</td> </tr> <tr> <td>เด่นชัย</td> <td>๖,๘๗๙</td> <td>๑,๙๑๕</td> <td>๘,๗๙๔</td> <td>๗๘.๒๒</td> </tr> <tr> <td>สอง</td> <td>๑๑,๙๑๕</td> <td>๒,๒๐๓</td> <td>๑๔,๑๑๘</td> <td>๘๔.๔๐</td> </tr> <tr> <td>วังชิ้น</td> <td>๑๐,๑๓๗</td> <td>๒,๙๑๓</td> <td>๑๓,๐๕๐</td> <td>๗๗.๖๘</td> </tr> <tr> <td>หนองม่วงไข่</td> <td>๔,๔๙๙</td> <td>๘๙๔</td> <td>๕,๓๙๓</td> <td>๘๓.๔๒</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>๙๕,๕๗๓</td> <td>๒๖,๔๒๕</td> <td>๑๒๑,๙๙๘</td> <td>๗๘.๓๔</td> </tr> </tbody> </table>	อำเภอ	DID	ไม่มี DID	รวมเปราะบาง	ร้อยละ DID	เมืองแพร์	๒๒,๐๕๑	๘,๓๖๔	๓๐,๔๑๕	๗๒.๕๐	ร้องกวาง	๑๐,๔๗๓	๒,๔๑๓	๑๒,๘๘๖	๘๑.๒๗	ลอง	๑๑,๘๗๘	๒,๖๓๖	๑๔,๕๑๔	๘๑.๘๔	สูงเม่น	๑๗,๗๔๑	๕,๐๘๗	๒๒,๘๒๘	๗๗.๗๒	เด่นชัย	๖,๘๗๙	๑,๙๑๕	๘,๗๙๔	๗๘.๒๒	สอง	๑๑,๙๑๕	๒,๒๐๓	๑๔,๑๑๘	๘๔.๔๐	วังชิ้น	๑๐,๑๓๗	๒,๙๑๓	๑๓,๐๕๐	๗๗.๖๘	หนองม่วงไข่	๔,๔๙๙	๘๙๔	๕,๓๙๓	๘๓.๔๒	รวม	๙๕,๕๗๓	๒๖,๔๒๕	๑๒๑,๙๙๘	๗๘.๓๔
อำเภอ	DID	ไม่มี DID	รวมเปราะบาง	ร้อยละ DID																																															
เมืองแพร์	๒๒,๐๕๑	๘,๓๖๔	๓๐,๔๑๕	๗๒.๕๐																																															
ร้องกวาง	๑๐,๔๗๓	๒,๔๑๓	๑๒,๘๘๖	๘๑.๒๗																																															
ลอง	๑๑,๘๗๘	๒,๖๓๖	๑๔,๕๑๔	๘๑.๘๔																																															
สูงเม่น	๑๗,๗๔๑	๕,๐๘๗	๒๒,๘๒๘	๗๗.๗๒																																															
เด่นชัย	๖,๘๗๙	๑,๙๑๕	๘,๗๙๔	๗๘.๒๒																																															
สอง	๑๑,๙๑๕	๒,๒๐๓	๑๔,๑๑๘	๘๔.๔๐																																															
วังชิ้น	๑๐,๑๓๗	๒,๙๑๓	๑๓,๐๕๐	๗๗.๖๘																																															
หนองม่วงไข่	๔,๔๙๙	๘๙๔	๕,๓๙๓	๘๓.๔๒																																															
รวม	๙๕,๕๗๓	๒๖,๔๒๕	๑๒๑,๙๙๘	๗๘.๓๔																																															
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>หน่วยบริการบันทึกข้อมูลการพิสูจน์ตัวตน ของประชาชน และกลุ่มเปราะบาง ผ่านระบบ หมอพร้อม Identity provider (IdP) ตามเกณฑ์ที่กำหนด หรือระบบอื่น ศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่</p> <p>: <a href="https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/">https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/</a></p> <p>หรือ Scan QR Code</p> 																																																		
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. หน่วยบริการภาครัฐทั่วประเทศ ทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>๒. ฐานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข อ้างอิงตามฐานข้อมูล HROPS กองบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</li> <li>๓. ฐานข้อมูลประชากรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>๔. ระบบจัดเก็บข้อมูลการพิสูจน์และยืนยันตัวตนของบุคลากรและประชาชน (IdP Center) กระทรวงสาธารณสุข</li> </ol>																																																		
<p><b>รายการข้อมูล ๑</b></p>	<p>A๑ = ประชาชนในจังหวัดที่มีดิจิทัลไอดี</p>																																																		
<p><b>รายการข้อมูล ๒</b></p>	<p>B๑ = จำนวนประชาชนรวมทุกสิทธิการรักษาในจังหวัด</p>																																																		
<p><b>รายการข้อมูล ๓</b></p>	<p>A๒ = กลุ่มเปราะบางในจังหวัดที่มีดิจิทัลไอดี</p>																																																		
<p><b>รายการข้อมูล ๔</b></p>	<p>B๒ = จำนวนกลุ่มเปราะบางรวมทุกสิทธิการรักษาในจังหวัด</p>																																																		



สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑.	(A๑/B๑) x ๑๐๐ *** ต้องผ่านร้อยละ ๖๐ ของประชาชนในจังหวัด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒.	(A๒/B๒) x ๑๐๐ *** ต้องผ่านร้อยละ ๙๐ ของกลุ่มเปราะบางในจังหวัด				
	การประเมินตัวชี้วัด ต้องผ่านหลักเกณฑ์ทั้ง ๒ ตัวชี้วัด				
	รายจังหวัด	สูตรคำนวณ	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	หลักเกณฑ์
	ประชาชน	(A๑/B๑) x ๑๐๐	≥ ร้อยละ ๕๕	≥ ร้อยละ ๖๐	ผ่านหลักเกณฑ์การประเมินตัวชี้วัดฯ
กลุ่มเปราะบาง	(A๒/B๒) x ๑๐๐	≥ ร้อยละ ๘๕	≥ ร้อยละ ๙๐		
ระยะเวลาประเมินผล	๖ เดือน และ ๑๒ เดือน				
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b> <b>ปี ๒๕๖๙ :</b> ร้อยละของจังหวัดที่ประชาชนไทย มี ดิจิทัลไอดี เพื่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ <ol style="list-style-type: none"> <li>๑) ร้อยละ ๖๐ ของประชาชน มี ดิจิทัลไอดี เพื่อเข้าถึงข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล และเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบไร้รอยต่อ</li> <li>๒) ร้อยละ ๙๐ ของกลุ่มเปราะบาง มี ดิจิทัลไอดี</li> </ol>					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
ประชาชน	-	≥ ร้อยละ ๕๕	-	≥ ร้อยละ ๖๐	
กลุ่มเปราะบาง	-	≥ ร้อยละ ๘๕	-	≥ ร้อยละ ๙๐	
วิธีการประเมินผล:	ประเมินจากระบบประมวลผลของระบบ Identity Provider (IdP) กระทรวงสาธารณสุข				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการปฏิบัติงาน ระบบดิจิทัลไอดี : <a href="https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/">https://mohprompt.moph.go.th/mpc/mp-pf/mohprompt-did/</a> หรือ Scan QR Code <div style="text-align: center;">  </div>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๗	๒๕๖๘	๒๕๖๙
	ประชาชน	ร้อยละ	๔๙.๑๘	๕๕.๒๕	-
	กลุ่มเปราะบาง	ร้อยละ	๖๘.๓๕	๗๘.๓๔	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นายวัชรพงษ์ วัชรรินทร์ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ				



	<p>โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๙๙๙๓๓๐๔ E-mail : bonsil๒๓@hotmail.com Line : ssj_pr กลุ่มสุขภาพดิจิทัล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่</p> <p>๒. นายวีระชัย ชัยวรรณธรรม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๕๓๕๕๕๙๘ E-mail : weechai.aey@hotmail.com กลุ่มสุขภาพดิจิทัล สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดแพร่</p>
--	---



ชื่อตัวชี้วัด	<b>๘.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</b>
คำนิยาม	<p><b>กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</b> หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้วิธีการตรวจ ๒ วิธี ดังนี้</p> <p>(๑) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า <math>\geq 126</math> mg/dl</p> <p>(๒) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า <math>\geq 110</math> mg/dl และตรวจคัดกรองตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส ในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า <math>\geq 126</math> mg/dl</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>๑. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (๑) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการและลดขั้นตอน</p> <p>๒. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG/ RCBG วิธีที่ (๒) มีค่าระดับน้ำตาล <math>\geq 110</math> มก/ดล. ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG/ FCBG วิธีที่ (๑) ในวันถัดไป</p> <p><b>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย</b> หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรอง และเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน</p> <p><b>หมายเหตุ :</b> ผู้ที่สงสัยป่วยเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามวินิจฉัยภายใน ๑-๑๘๐ วัน โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน $\geq$ ร้อยละ ๗๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน</p> <p><b>หมายเหตุ :</b> ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea ๓) และPERSON.DISCHARGE="๙"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="๐๙๙" (สัญชาติไทย)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหาร



	มากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรอง และเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑-๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ในไตรมาสที่ ๑ - ๓ (ข้อมูลสะสมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$				
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : รอบ๑/๒๕๖๙ (ไตรมาสที่ ๒)					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๒๕	≥ ร้อยละ ๒๕	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๓๕	≥ ร้อยละ ๔๐
เกณฑ์การประเมิน : รอบ๒/๒๕๖๙ (ไตรมาสที่ ๔)					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐
วิธีการประเมินผล	A : จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรอง และเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ประมวลผลจาก แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = ๐๕๓๑๐๐๒ (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรัม/พลาสมา) B : จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน จากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก BSTEST เป็น ๑ (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), ๓ (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่ BSLEVEL ≥ ๑๒๖ mg/dl				
เอกสารสนับสนุน	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.ศุทธิณี รุจิระพงศ์ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร ๐๕๔๕๑๑๑๔๗ ต่อ ๓๐๔				



ชื่อตัวชี้วัด	๙. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	<p>กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย ( SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHgในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน ๙๐ วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิมภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง สามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย <math>\geq</math> ร้อยละ ๙๓ แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) <math>\geq</math> ร้อยละ ๖๐ จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข(OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง $\geq$ ร้อยละ ๘๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>หมายเหตุ : ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea ๓) และPERSON.DISCHARGE="๙"(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION="๐๙๙"(สัญชาติไทย)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข



รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ วัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ภายใน ๙๐ วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน ๙๐ วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตราฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในไตรมาสที่ ๑ - ๓ (ข้อมูลสะสมตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๘ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๙)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : รอบ๑/๒๕๖๙ (ไตรมาสที่ ๒)					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๔๕	≥ ร้อยละ ๔๕	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๕๕	≥ ร้อยละ ๖๐
เกณฑ์การประเมิน : รอบ๒/๒๕๖๙ (ไตรมาสที่ ๔)					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๗๐	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๘๐
วิธีการประเมินผล	<p>A๑ : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM) หมายถึง การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านติดต่อกัน อย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน ๙๐ วัน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย</p> <p>A๒ : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตราฐาน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือ ในชุมชนแล้วเพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงโดย ประมวลผลจาก แฟ้ม SERVICE.SBP และ SERVICE.DBP ที่มีประวัติสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในแฟ้ม NCDSCREEN โดย การคิดผลงานในกรณีที่มีผลการติดตามทั้ง ๒ วิธี จะประมวลผลโดยการตัดวิธีที่ซ้ำออก</p> <p>B : กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง จากแฟ้ม NCDSCREEN ที่มีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐ - ๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยัง</p>				

	ไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ โดยคิดจากค่าความดันโลหิตที่เข้าได้กับกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
เอกสารสนับสนุน	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	น.ส.ศุทธิณี รุจิระพงศ์ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร ๐๕๔๕๑๑๑๔๗ ต่อ ๓๐๔



ชื่อตัวชี้วัด	๑๐. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ เขาสู่โรคเบาหวานระยะสงบ (DM remission)
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (DM Type ๒) รหัส ICD-๑๐ E๑๑.๙ หรือ E๑๑.๒-E๑๑.๔, E๑๑.๖-E๑๑.๘ ที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตามเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการ โดยผู้ป่วยต้องมีระดับ HbA๑c $\geq$ ๖.๕% หรือใช้ยาเบาหวานที่อยู่ในบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (TMT) หรือรหัสยา ๒๔ หลัก (DIDSTD) ไซข้อมูลจากDRUG_OPD, DRUG_IPD ยกเว้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะเวลา ๕ ปี หรือที่มีโรคความรุนแรงใน ๑๘๐ วันที่ผ่านมา ดังนี้ - โรคไตเรื้อรัง (N๑๘.๓-N๑๘.๕) - โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ (I๕๐) - โรคหัวใจขาดเลือด (I๒๐-I๒๕) - โรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) - อัมพาต (G๘๐-G๘๓) <b>โรคเบาหวานระยะสงบ</b> หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช่เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน (HbA๑c < ๖.๕%) และคงอยู่อย่างน้อย ๙๐ วัน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด
เกณฑ์เป้าหมาย	$\geq$ ร้อยละ ๑๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป สัญชาติไทยในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่เขาเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“๑”, “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) PERSON.NATION=“๐๙๙” (สัญชาติไทย) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย PERSON.DISCHARGE=“๙” (ไม่จำหน่าย) โดยตัดคนตายก่อนงบประมาณ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปที่เข้าเกณฑ์ และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ และได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมระดับ HbA๑c < ๖.๕ % และคงอยู่อย่างน้อย ๙๐ วัน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจ เข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ



สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน				
เกณฑ์การประเมิน ประเมินที่ไตรมาสที่ ๔					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๑	≥ ร้อยละ ๓	≥ ร้อยละ ๕	≥ ร้อยละ ๘	≥ ร้อยละ ๑๐
วิธีการประเมินผล	<p>A๑ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปที่เขาเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ และได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมระดับ HbA๑c &lt; ๖.๕ % และคงอยู่อย่างน้อย ๙๐ วัน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด :</p> <p>ประมวลผลจากแฟ้ม เปนผู้ป่วยใน B๑ ที่ได้รับการตรวจ HbA๑c ประมวลผลจาก (LABFU.LABTEST= “๐๕๓๑๖๐๑”) และระดับ HbA๑c &lt; ๖.๕% อย่างน้อย ๒ ครั้ง โดยผลตรวจทั้งสองครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า ๙๐ วัน แต่ไม่เกิน ๑๘๐ วัน โดยใช่ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT และในเวลาที่ HbA๑c &lt; ๖.๕% ต้องไม่มีการใช้ยาเบาหวานใด ๆ ที่อยู่ในบัญชีข้อมูลยาและรหัสยา</p> <p>B๑ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปที่เขาเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ : ประมวลผลจากแฟ้ม (๑) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป (อายุจากแฟ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย คำนวณ ณ วันที่ ๑ ม.ค. ของปีงบประมาณนั้น ลบวันเดือนที่เกิด แล้วมีอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป) ที่ได้รับการวินิจฉัยและขึ้นทะเบียนจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ อยู่ในกลุ่มรหัส ICD-๑๐ E๑๑.๙ หรือ E๑๑.๒-E๑๑.๔, E๑๑.๖-E๑๑.๘ ที่มีภาวะแทรกซ้อนดังตารางที่ ๒ สามารถเข้าร่วมได้ โดยผู้ป่วย</p> <p>ต้องมีระดับ HbA๑c ≥ ๖.๕% หรือใช้ยาเบาหวานที่อยู่ในบัญชีข้อมูลยาและรหัสยามาตรฐานไทย (TMT) หรือ รหัสยา ๒๔ หลัก (DIDSTD) ใช้ข้อมูลจาก DRUG_OPD, DRUG_IPD (ตารางที่ ๔) ยกเว้นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ภาวะแทรกซ้อนดังตารางที่ ๓ ในระยะเวลา ๕ ปี หรือที่มีโรครวมรุนแรงใน ๑๘๐ วันที่ผ่านมา ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- โรคไตเรื้อรัง (N๑๘.๓-N๑๘.๕)</li> <li>- โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ (I๕๐)</li> <li>- โรคหัวใจขาดเลือด (I๒๐-I๒๕)</li> <li>- โรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)</li> <li>- อัมพาต (G๘๐-G๘๓)</li> </ul> <p>โดยครอบคลุมทุกประเภทการวินิจฉัย (DIAGTYPE) ใช้ ข้อมูลจาก DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD และที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“๑”, “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขต</p>				



	<p>พื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) PERSON.NATION="๐๙๙" (สัญชาติไทย)และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่ายPERSON.DISCHARGE="๙"(ไม่จำหน่าย) โดยตัดคนตายก่อนงบประมาณ</p> <p>(๒) ที่สมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ใช้ข้อมูลจาก SPECIALPP การให้บริการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อให้เข้าสู่ระยะสงบ (รหัส "๑1๒๐") ภายในงบประมาณ</p>
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้เป็นเบาหวานให้เข้าสู่ระยะสงบ (REMISSION SERVICE)
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.ศุทธิณี รุจิระพงศ์ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทร ๐๕๔๕๑๑๑๔๗ ต่อ ๓๐๔



ชื่อตัวชี้วัด	<b>๑๑. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก</b>				
คำนิยาม	๑) การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - ๖๐ ปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA test เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วยวิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไปในอีก ๕ ปี *ในกรณีที่หน่วยบริการยังคงให้บริการการตรวจคัดกรองด้วยวิธี Pap smear หรือ VIA ร่วมด้วย สามารถนำผลงานมาคิดเป็นภาพรวมของการดำเนินงานในปีงบประมาณนั้นได้				
เกณฑ์เป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม ๕ปี) $\geq$ ร้อยละ ๒๕				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีกลุ่มเป้าหมายคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (อายุ ๓๐-๖๐ ปี)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (C๑) ๒. จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (C๒) *การบันทึกข้อมูล ๑. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	จากโปรแกรม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ,จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม				
รายการข้อมูล ๑	A(C๒) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
รายการข้อมูล ๒	B(C๑) = จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐-๖๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. $(A(C๒) / B(C๑)) \times ๑๐๐$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส (วัดระดับเขตสุขภาพแยกรายจังหวัด)				
<b>เกณฑ์การประเมิน : รอบ๑/๒๕๖๗ (ไตรมาสที่ ๒)</b>					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๕	$\geq$ ร้อยละ ๑๐	$\geq$ ร้อยละ ๑๕	$\geq$ ร้อยละ ๒๐	$\geq$ ร้อยละ ๒๕
<b>เกณฑ์การประเมิน : รอบ๒/๒๕๖๗ (ไตรมาสที่ ๔)</b>					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕



เป้าหมาย	< ร้อยละ ๒๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๗๐
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางวัฒนีพร วงศ์เมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5451 1145 ต่อ 304 โทรสาร 0 5452 3313 E-mail: pui.7557@hotmail.com				



ชื่อตัวชี้วัด	๑๒. ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง				
คำนิยาม	๑) การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง หมายถึงประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปีได้รับการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) ซึ่งเป็นวิธีที่อาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ ng/ml ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อ ตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากร กลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง ๑ ครั้งในรอบ ๒ ปีงบประมาณ				
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ) ร้อยละ ๕๐				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ ๕๐-๗๐ ปี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) (F๑) ๒. จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง (F๒) *การบันทึกข้อมูล การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และจัดเก็บข้อมูลในรูปแบบที่สามารถส่งรายงาน ๔๓ แฟ้ม มาที่ HDC ได้				
แหล่งข้อมูล	Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม				
รายการข้อมูล ๑	A(F๒) = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง				
รายการข้อมูล ๒	B(F๑) = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. $(A(F๒)/ B(F๑)) \times ๑๐๐$ *ตัวอย่างการคำนวณ A(F๒) = ในปีงบประมาณ... ทำการคัดกรองมะเร็งลำไส้ ได้ ๕๐,๐๐๐ คน B(F๑) = ประชากรเป้าหมาย (ตามเป้าหมายรายปี) จำนวน ๑๐๐,๐๐๐ คน คิดเป็น $(๕๐,๐๐๐/๑๐๐,๐๐๐) \times ๑๐๐ =$ ร้อยละ ๕๐				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ				
เกณฑ์การประเมิน : รอบ๑/๒๕๖๗ (ไตรมาสที่ ๒)					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๑๐	≥ ร้อยละ ๒๐	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐
เกณฑ์การประเมิน : รอบ๒/๒๕๖๗ (ไตรมาสที่ ๔)					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๑๐	≥ ร้อยละ ๒๐	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐



ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางวัฒนีพร วงศ์เมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5451 1145 ต่อ 304 โทรสาร 0 5452 3313 E-mail: pui.7557@hotmail.com
---	---



ชื่อตัวชี้วัด	๑๓. ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (CBE)				
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self-Examination : CBE) ในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๔๐-๗๐ ปี) คนละ ๑ ครั้งต่อปี				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม Stage ๓, ๔ ลดลง โดยวัดจากความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรที่ได้รับการตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (CBE) อย่างน้อยคนละ ๑ ครั้งต่อปี ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ต่อปี				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๔๐-๗๐ ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วย CBE				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุขด้วย CBE				
แหล่งข้อมูล	Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล ๑	$A(CBE) =$ จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE				
รายการข้อมูล ๒	$B(CBE) =$ จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี CBE				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณตัวชี้วัด $(A(CBE)/ B(CBE)) \times ๑๐๐$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : รอบ๑/๒๕๖๘ (ไตรมาสที่ ๒)					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๑๐	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๘๐
เกณฑ์การประเมิน : รอบ๒/๒๕๖๘ (ไตรมาสที่ ๔)					
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เป้าหมาย	< ร้อยละ ๑๐	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๖๐	≥ ร้อยละ ๘๐
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางวัฒนีพร วงศ์เมือง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 5451 1145 ต่อ 304 โทรสาร 0 5452 3313 E-mail: pui.7557@hotmail.com				



ชื่อตัวชี้วัด	๑๔. หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการนัดหมายและติดตามหมายกลุ่มเป้าหมายร่วมกับแม่ข่าย ให้ได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการ X-ray ปอด ปีละ ๑ ครั้ง
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่ จำนวน ๑๑๙ แห่ง และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน ๒ แห่ง</p> <p>กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วยวิธีการ X-ray ปอด อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรค       <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.๑ ร่วมบ้านรายใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ย้อนหลัง ๒ ปีงบประมาณ(๒๕๖๗-๒๕๖๘)</li> <li>๑.๒ ใกล้ชิด รายใหม่ในปีงบประมาณ ๒๕๖๙ ย้อนหลัง ๒ ปีงบประมาณ(๒๕๖๗-๒๕๖๘)</li> </ol> </li> <li>๒. ผู้ต้องขัง       <ol style="list-style-type: none"> <li>๒.๑ ผู้ต้องขัง รายใหม่ ผู้ต้องขัง รายเก่า</li> <li>๒.๒ ผู้อยู่ในสถานคุ้มครองคนพิการหรือคนไร้ที่พึ่ง</li> <li>๒.๓ ผู้อาศัยอยู่ในสถานพินิจ</li> </ol> </li> <li>๓. ผู้ติดเชื้อ HIV</li> <li>๔.       <ol style="list-style-type: none"> <li>๔.๑ DM Uncontrol (HbA๑C <math>\geq</math> ๗mg%) ทุกกลุ่มอายุ</li> <li>๔.๒ CKD stage ๔-๕ ทุกกลุ่มอายุ</li> <li>๔.๓ รับประทานยาคดภูมิคุ้มกัน ทุกกลุ่มอายุ</li> </ol> </li> <li>๕. ผู้สูงอายุ <math>\geq</math> ๖๕ ปี       <ol style="list-style-type: none"> <li>๕.๑ ผู้สูงอายุ <math>\geq</math> ๖๕ ปี โรคร่วม DM</li> <li>๕.๒ ผู้สูงอายุ <math>\geq</math> ๖๕ ปี โรคร่วม COPD</li> <li>๕.๓ ผู้สูงอายุ <math>\geq</math> ๖๕ ปี สูบบุหรี่</li> </ol> </li> <li>๖. กลุ่มสุราและยาเสพติดในคลินิก       <ol style="list-style-type: none"> <li>๖.๑ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดที่เข้าคลินิกบำบัด (ใน รพ.)</li> <li>๖.๒ กลุ่มติดสุราเรื้อรังที่เข้าคลินิกบำบัด (ใน รพ.)</li> </ol> </li> <li>๗. บุคลากรสาธารณสุข</li> <li>๘. กลุ่มสุราและยาเสพติดในชุมชน       <ol style="list-style-type: none"> <li>๘.๑ กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดไม่เข้าคลินิกบำบัด (อยู่ในชุมชน)</li> <li>๘.๒ กลุ่มติดสุราเรื้อรังไม่เข้าคลินิกบำบัด (อยู่ในชุมชน)</li> </ol> </li> <li>๙. ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง</li> <li>๑๐. กลุ่ม BMI <math>&lt;</math> ๑๘.๕ กลุ่มอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป (ไม่ใช่ กลุ่มที่ ๑ ถึง กลุ่มที่ ๑๐ ข้างต้น)</li> <li>๑๑. ประชากรข้ามชาติ หรือ ต่างด้าว</li> <li>๑๒. กลุ่มอาชีพที่เดินทางอยู่ในชุมชนแออัด</li> </ol>

วัตถุประสงค์	ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองและรักษาได้อย่างรวดเร็ว ลดอัตราการเสียชีวิต และป้องกันการแพร่ระบาดของโรค																								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายตามค่านิยาม																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NTIP																								
แหล่งข้อมูล	รายงานประจำเดือนจาก หน่วยบริการปฐมภูมิใน																								
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ได้รับการคัดกรองด้วย CXR ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙)																								
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนคาดประมาณกลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๘ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๙)																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																								
ระยะเวลาประเมินผล	<p><b>รอบที่ ๑</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>๑ คะแนน</th> <th>๒ คะแนน</th> <th>๓ คะแนน</th> <th>๔ คะแนน</th> <th>๕ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วย CXR</td> <td>&lt; ๑๐.๐๐</td> <td>๒๐.๐๐ - ๒๙.๙๙</td> <td>๓๐.๐๐ - ๓๙.๙๙</td> <td>๔๐.๐๐ - ๔๙.๙๙</td> <td>≥ ๕๐.๐๐</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>รอบที่ ๒</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>๑ คะแนน</th> <th>๒ คะแนน</th> <th>๓ คะแนน</th> <th>๔ คะแนน</th> <th>๕ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วย CXR</td> <td>&lt; ๕๐.๐๐</td> <td>๖๐.๐๐ - ๖๙.๐๐</td> <td>๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙</td> <td>๘๐.๐๐ - ๘๙.๙๙</td> <td>≥ ๙๐</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน	กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วย CXR	< ๑๐.๐๐	๒๐.๐๐ - ๒๙.๙๙	๓๐.๐๐ - ๓๙.๙๙	๔๐.๐๐ - ๔๙.๙๙	≥ ๕๐.๐๐	ตัวชี้วัด	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน	กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วย CXR	< ๕๐.๐๐	๖๐.๐๐ - ๖๙.๐๐	๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙	๘๐.๐๐ - ๘๙.๙๙	≥ ๙๐
ตัวชี้วัด	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน																				
กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วย CXR	< ๑๐.๐๐	๒๐.๐๐ - ๒๙.๙๙	๓๐.๐๐ - ๓๙.๙๙	๔๐.๐๐ - ๔๙.๙๙	≥ ๕๐.๐๐																				
ตัวชี้วัด	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน																				
กลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองด้วย CXR	< ๕๐.๐๐	๖๐.๐๐ - ๖๙.๐๐	๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙	๘๐.๐๐ - ๘๙.๙๙	≥ ๙๐																				
วิธีการประเมินผล	๑.รายงานประจำเดือน ตามแบบฟอร์มของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่โดยรายงานให้กับรพ.ในพื้นที่เพื่อรวบรวมรายงานส่งต่อให้ สสจ. เพื่อ สสจ. รายงานส่งต่อสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ เชียงใหม่และผู้บริหารต่อไป ๒.ลงข้อมูลในโปรแกรมการจัดการวัณโรคระดับประเทศ NTIP																								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	น.ส.ประนอม มาอ่อน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร ๐๘๕-๕๓๗๖๗๕๖ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ																								



ชื่อตัวชี้วัด	๑๕. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p><b>๑. บริการระดับปฐมภูมิ</b> หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชน</p> <p>ของหน่วยบริการสถานีนามัย สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p>รหัสประเภทสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>๐๓ สถานีนามัย สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีนามัยพระราชทานนาม</li> <li>๐๔ สถานบริการสาธารณสุขชุมชน</li> <li>๐๘ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล</li> <li>๑๓ ศูนย์บริการสาธารณสุข</li> <li>๑๘ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</li> </ul> <p><b>๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย</b> หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การปรุขยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุขยาตาม องค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลป์สาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์</li> <li>- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัย ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชา ที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา เช่น ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การทาบหม้อเกลือ</li> <li>- การพอกยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก</li> <li>- การทำหัตถการอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</li> <li>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน</li> </ul> <p><b>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนไทย</b></p> <p>๑. โรคสตรี: U๕๐ ถึง U๕๒</p> <p>๒. โรคเด็ก: U๕๔ ถึง U๕๕</p> <p>๓. โรคที่เกิดอาการหลายระบบ: U๕๖ ถึง U๖๐</p> <p>๔. โรคที่เกิดเฉพาะตำแหน่ง: U๖๑ ถึง U๗๒</p> <p>๕. โรคและอาการอื่น: U๗๔ ถึง U๗๕</p> <p><b>รหัสบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๑)</b></p> <p>๑๑๐๐ ผู้ป่วยได้รับการนัดเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๑ การบริการนัดเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๒ ผู้ป่วยได้รับการประคบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๒๐ การบริการประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๓ ผู้ป่วยได้รับการอบสมุนไพรเพื่อการรักษาที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๔ การบริการอบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๐ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการอบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๑ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการประคบสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๒ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวด ที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๓ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนวดเต้านม ที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๕๔ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยวิธีอื่น ที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๖ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการทัพบม้อเกลือที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๖๐ การบริการหญิงหลังคลอดด้วยการนึ่งถ่านที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๗ การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๗๐ การให้คำแนะนำ การสอน สาธิตการบริหารร่างกายด้วยฉวีเวชที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๗๑ การให้คำแนะนำ หญิงหลังคลอด และการบริหารการทการด้านการแพทย์แผนไทยที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๘ การให้บริการการแพทย์แผนไทยอื่น ๆ ที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๘๐ การให้บริการพอกยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p>๑๑๐๘๑ การให้บริการแช่ยาสมุนไพรที่บ้าน</p> <p><b>รหัสบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๓)</b></p>
--	--

	<p>๑๑๐๐ การให้บริการกดจุดบำบัด (Acupressure)</p> <p>๑๑๐๑ การให้บริการนวดปรับสมดุลร่างกาย เช่น นวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายนวดกษัยปัจเวช เป็นต้น</p> <p>๑๑๐๒ การให้บริการสมาธิบำบัด</p> <p>๑๑๐๓ การให้บริการนวดสวีดิช (Swedish Massage)</p> <p>๑๑๐๔ การให้บริการนวดเพื่อสุขภาพแบบเนฟแอสซิสต์ (Nerve Assist)</p> <p>๑๑๐๕ การให้บริการกดจุดสะท้อนเท้า (Foot Reflexology)</p> <p>๑๑๑๐ การให้บริการเกอร์สันบำบัด (Gerson Therapy)</p> <p>๑๑๑๑ การให้บริการคีโตเจนิคไดเอต (Ketogenic Diet)/อาหารพร่อง แป้ง (Low-Carb Diet)</p> <p>๑๑๑๒ การให้บริการแมคโครไบโอติกส์ (Macrobiotics)</p> <p>๑๑๑๓ การให้บริการอาหารปรับสมดุลฤทธิ์ร้อน – เย็น</p> <p>๑๑๘๐ การให้บริการจินตภาพบำบัด (Visualisation Therapy)</p> <p>๑๑๘๑ การให้บริการพลังบำบัด เช่น พลังกายทิพย์ พลังจักรวาล โยเรเรกิ เป็นต้น</p> <p>๑๑๘๒ การให้บริการกัวซา (Guasa)</p> <p>๑๑๘๓ การให้บริการการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรม (กายบริหาร การปรับสมดุลร่างกายด้วยอาหาร และสมุนไพร การขับพิษออกจากร่างกาย การพัฒนาจิตเพื่อสุขภาวะที่ดี</p> <p><b>๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก</b> หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล นอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ผังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p><b>รหัสกลุ่มโรคและอาการด้านการแพทย์แผนจีน</b></p> <p>๑. โรคทางการแพทย์แผนจีน (Diseases in Chinese Medicine): U๗๘</p> <p>๒. รหัสวินิจฉัยรูปแบบ/กลุ่มอาการด้านการแพทย์แผนจีน (Pattern identification / Syndrome differentiation in Chinese Medicine): U๗๙</p>
--	---

<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b>	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕

<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสุขภาพในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิ ได้แก่ สถานีอนามัย สอน. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีอนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ที่ได้รับการปฐมภูมิในชุมชน (กิจกรรมบริการบุคคล/เยี่ยมบ้าน)</p>
---------------------	--



ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐระดับปฐมภูมิ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แพ้ม กระหวางสาธารณสุข		
แหล่งข้อมูล	๔๓ แพ้ม (PERSON/ SERVICE/ DIAGNOSIS_OPD/ DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/ COMMUNITY_SERVICE)		
รายการข้อมูล ๑	<p>A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘</p> <p>โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือ U๗๘ ถึง U๗๙ หรือ ส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ หรือให้หัตถการแผนไทย (๑๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๙๙-๗๘-๘๘) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (๑๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๙๙-๗๙-๙๙) หรือ กิจการบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑๐๐ ถึง ๑๐๘๑) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๓) อย่างไม่อย่างหนึ่ง</p> <p>ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการ หรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า ๑ รายการ ก็ไม่นับเป็นการบริการ ๑ ครั้ง (visit)</p>		
รายการข้อมูล ๒	<p>B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘</p> <p>โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐ ถึง U๗๖ หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๗๘ ถึง U๗๙</p>		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีนโยบาย/แผนการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย ๑๐ รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน และมีรายการยาสมุนไพรทดแทนอย่างน้อย ๓ รายการ	๑. หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย ๑๐ รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน	๑. หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีรายการยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน อย่างน้อย ๓ รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน	๑. ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๕๐
๒. มีการจัดบริการอย่างน้อย ๕ โรค/กลุ่มอาการ ที่เป็นปัญหาสาธารณสุข	๒. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากรอย่างน้อย ๑ หลักสูตร	๒. ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๔๘	
	๓. ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		



<p>ในพื้นที่ เช่น NCDs LTC PC การดูแลมารดา หลังคลอด ผู้สูงอายุ และอาการเจ็บป่วย (Common Diseases) เบื้องต้น ๓. มีแผนการจัดอบรม พัฒนาศักยภาพบุคลากร อย่างน้อย ๑ หลักสูตร</p>	<p>ร้อยละ ๔๖</p>															
<p><b>วิธีการประเมินผล :</b></p>	<p>๑. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข ๒. ข้อมูลจาก HDC TTM กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๓. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>															
<p><b>เอกสารสนับสนุน :</b></p>	<p>๑. คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ๒. คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๓. คู่มือการเลือกใช้อายในบัญชียาหลักแห่งชาติ สำหรับผู้ให้บริการในระบบบริการสุขภาพ ๔. แนวทางปฏิบัติเวชกรรมไทยในการดูแลผู้ป่วยในหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๕. หลักสูตรเวชปฏิบัติของแพทย์แผนไทยเพื่อปฏิบัติงานในทีมผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ๖. ข้อมูลยาสมุนไพรในบัญชียาหลักแห่งชาติที่สามารถใช้ทดแทนยาแผนปัจจุบัน (ฉบับแก้ไข กรกฎาคม ๒๕๖๗)</p>															
<p><b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b></p>	<table border="1" data-bbox="592 1429 1382 1563"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๖๖</th> <th>๒๕๖๗</th> <th>๒๕๖๘</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>รพ.สต.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๓๗.๖๖</td> <td>๔๓.๔๖</td> <td>๔๖.๘๔</td> </tr> </tbody> </table> <p>ที่มา HDC ณ วันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๖๘</p>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘	รพ.สต.	ร้อยละ	๓๗.๖๖	๔๓.๔๖	๔๖.๘๔
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.														
		๒๕๖๖	๒๕๖๗	๒๕๖๘												
รพ.สต.	ร้อยละ	๓๗.๖๖	๔๓.๔๖	๔๖.๘๔												
<p><b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b></p>	<p>นางสาววิมลลักษณ์ นพศิริ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๐-๐๕๔-๖๔๓๕ โทรสาร ๐๕๔-๕๒๓-๓๑๓ Email : wimasiri@gmail.com</p>															
<p><b>หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</b></p>	<p>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักสาธารณสุขจังหวัดแพร่</p>															



ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางจินดารัตน์ หงษ์สามสิบเจ็ด แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔-๒๖๙-๔๖๕๓ โทรสาร ๐๕๔-๕๒๓-๓๑๓ E-mail: jindarut๓๖๓๖๕๓@gmail.com
---	--



<p><b>ประเด็น</b> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล (RDU Province)</p>
<p><b>คำอธิบาย/เหตุผล</b></p> <p>กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพ ด้านการบริหารจัดการ วิชาการ และระบบบริการที่ตอบสนองต่อปัญหาสุขภาพที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม โดยมีการกำหนดนโยบายพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use, RDU) เป็นสาขาที่ ๑๕ ของแผนงานดังกล่าว</p> <p>การขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล หรือเรียกว่า RDU province เป็นการพัฒนาระบบยา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพในระดับพื้นที่ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ด้วยกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพ (six building block plus) โดยรูปแบบการดำเนินการสอดคล้องตามยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี สู่แผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาพะที่ดี ซึ่งได้กำหนดเป้าหมายคือการมีชุมชนสุขภาพดี การมีระบบสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชาชนทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น และประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ รวมทั้งเป็นการนำมติคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้การพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพในระบบบริการสุขภาพภาครัฐและเอกชน เพื่อให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล และแก้ปัญหาในชุมชน อย่างเป็นระบบและยั่งยืน เพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ่มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย</p> <p>โดยการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล จำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนจากหน่วยบริการสุขภาพในทุกระดับ ทั้งผู้บริหารในการกำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับระบบยา และผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ใช้ยา เพื่อเป้าหมายสูงสุดของการดำเนินงานคือความปลอดภัยด้านยาของประชาชน</p>
<p><b>สอดคล้องกับยุทธศาสตร์/นโยบาย/พ.ร.บ./มาตรฐาน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ กรอบตัวชี้วัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙</li> <li>ประเด็นที่ ๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดำเนินการตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> <li>❖ พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ หมวดที่ ๒ การจัดการบริการสุขภาพปฐมภูมิ</li> <li>❖ นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ๔ Excellence สาขาที่ ๒ ด้านการบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)</li> </ul> <p>สาขาการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use, RDU)</p>
<p><b>เกณฑ์/มาตรฐาน/แนวทาง การดำเนินงาน</b></p> <p>การขับเคลื่อนการพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล ( RDU province) จะต้องมีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับอำเภอ (RDU Districts) ครอบคลุมทุกอำเภอและมีระดับความสำเร็จของการดำเนินงานในทุกองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง มีการบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชนเพื่อการใช้ยา อย่างสมเหตุผลในระดับ คป.สอ. และมีการกำหนด RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการดำเนินงานในแต่ละอำเภอ และมีผลการดำเนินงานผ่าน ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่</p> <p><b>องค์ประกอบที่ ๑.</b> มีการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ผ่านการ</p>



<p>ประเมิน อย่างน้อย ๑๐ ตัวชี้วัดจาก ๑๒ ตัวชี้วัด</p> <p><b>องค์ประกอบที่ ๒.</b> มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU) ผ่านเกณฑ์การประเมิน โดย รพ.สต. ลูกข่ายมีอัตราการป่วยด้วยโรค Respiratory Infection และ Acute Diarrhea น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ทั้ง ๒ กลุ่มโรค (RUA) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.สต. ลูกข่ายทั้งหมด และมีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) ให้เกิดขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p><b>องค์ประกอบที่ ๓.</b> มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)</p> <p>โดยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ได้แก่ องค์ประกอบที่ ๒. มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU) และองค์ประกอบที่ ๓. มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)</p>				
<p><b>ตัวชี้วัด/เป้าหมาย</b></p> <p><b>ตัวชี้วัดที่ ๑</b> การดำเนินงานส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU)</p> <p>๑.๑ ร้อยละ ๘๐ ของหน่วยบริการปฐมภูมิจังหวัดแพร่ มีการใช้จ่ายเวชภัณฑ์ ในกลุ่มผู้ป่วยโรค Respiratory Infection และ Acute Diarrhea (RUA) อย่างสมเหตุผล (ผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง ๒ ตัวชี้วัด)</p> <p><b>ตัวชี้วัดที่ ๒</b> การดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)</p> <p>๒.๑ ร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต. ที่มีการดำเนินการตรวจประเมินร้านค้า RDU ในพื้นที่รับผิดชอบ ตามเกณฑ์มาตรฐาน</p> <p>๒.๒ มีระบบเฝ้าระวัง จัดการปัญหา หรือแจ้งเตือนภัยการขยาย/ผลิตภัณฑ์สุขภาพออนไลน์ในระดับพื้นที่ และเชื่อมโยงกับการทำงานส่วนกลาง</p> <p>๒.๒.๑ มีการพัฒนาฐานข้อมูลสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ ฐานข้อมูลผู้ประกอบการ และฐานข้อมูลภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (สถานที่จำหน่าย สถานที่ผลิต ร้านค้า แผงลอย รถเร่ ตลาดนัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม. ครู/อ.น้อย ประชาชน/กลุ่มกิจกรรมอื่นๆในพื้นที่)</p> <p>๒.๒.๒ มีการดำเนินการเฝ้าระวัง จัดการความเสี่ยงของการใช้จ่ายและผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่</p> <p>๒.๒.๓ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมร้านค้า ร้านชำ ให้มีการดำเนินกิจการเป็นร้านค้าปลอดภัยอันตราย</p> <p>๒.๓ มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Literacy) ประเด็นการซื้อและจำหน่ายยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านค้าให้แก่ประชาชนในพื้นที่</p> <p>๒.๔ สร้างการมีส่วนร่วมและเครือข่ายการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคในพื้นที่ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, ผู้นำชุมชน, อสม., ครู/นักเรียน อ.น้อย, ผู้ประกอบการร้านค้า/ร้านชำ, ประชาชน/กลุ่มกิจกรรมอื่น ๆ ในพื้นที่ เป็นต้น</p>				
เป้าหมายไตรมาส ๑	เป้าหมายไตรมาส ๒	เป้าหมายไตรมาส ๓	เป้าหมายไตรมาส ๔	เป้าหมายรวม/ หมายเหตุ



๑. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน RDU PCU ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐	๑. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน RDU PCU ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐	๑. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน RDU PCU ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐	๑. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน RDU PCU ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐	
๒. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการกำหนดแผนการดำเนินงาน RDU Community	๒. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงาน RDU Community	๒. หน่วยบริการปฐมภูมิ มีการรายงานผลการดำเนินงาน RDU Community	๒. สรุปผลการดำเนินงาน RDU Community ถอดบทเรียน และคืนข้อมูลให้แก่เครือข่ายในพื้นที่	
๓. มีการวางแผนการตรวจประเมินร้านชำ RDU	๓. มีการดำเนินงานตรวจประเมินร้านชำ RDU	๓. มีการรายงานผลการตรวจประเมิน ร้านชำ RDU	๓. สรุปผลการตรวจประเมินและคืนข้อมูลให้แก่เครือข่ายในพื้นที่	
<p><b>รูปแบบการรายงาน / สรุปการดำเนินงาน</b></p> <p><b>ตัวชี้วัดที่ ๑ การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลหน่วยบริการปฐมภูมิ (RDU PCU)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการบันทึกข้อมูลการใช้ยาของผู้ป่วยที่มารับบริการในฐานข้อมูล HDC</li> </ul> <p><b>ตัวชี้วัดที่ ๒ การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการรายงานผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผลในชุมชน ผ่านทางผู้ประสานงาน RDU Coordinator ระดับอำเภอ</li> <li>- มีการรายงานผลการตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ (ตรวจประเมินร้านชำ RDU) ผ่านแบบสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดแพร่ (โปรแกรม G-RDU &amp; G-SHP MOPH)</li> <li>- มีการคัดเลือกร้านชำ RDU ระดับอำเภอ ตามเกณฑ์มาตรฐานร้านชำ RDU หรือร้านชำปลอดยาอันตราย จังหวัดแพร่</li> </ul>				
<p><b>แผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรม ที่สอดคล้องกับประเด็นการขับเคลื่อน (ถ้ามี)</b></p>				
ลำดับ	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	งบประมาณ
๑	การประกวดร้านชำ RDU ระดับอำเภอ	เพื่อส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน	ร้านค้า/ร้านชำ	
๒	การประกวดเครือข่าย คบส. ดีเด่น ระดับอำเภอ	เพื่อส่งเสริมการดำเนินการร่วมกันของเครือข่าย คบส. ในพื้นที่ ในการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	- เกสซ์กร - สสอ. - อสม. คบส. - ครู รร. อย. น้อย - จนท. รพ. สต. - อปท. - สภาองค์กรของผู้บริโภค - ผู้นำชุมชน - วัตถุประสงค์ส่งเสริมสุขภาพ	
<p><b>ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ</b></p>				



<p>๑. ประชาชนได้รับการบริการทางเภสัชกรรมและการคุ้มครองผู้บริโภคที่มีมาตรฐานและความปลอดภัยจากหน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>๒. ประชาชนได้รับความปลอดภัยจากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐาน</p> <p>๓. ประชาชนได้รับการป้องกันคุ้มครองภัยจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัยในชุมชน</p> <p>๔. ประชาชนมีความรอบรู้ในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ สามารถเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสม ปลอดภัย และดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วยได้</p>
<p><b>หลักฐานอ้างอิง</b></p> <p>๑. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ Health Data Center (HDC) จังหวัดแพร่</p> <p>๒. รายงานผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ติดตามผลการดำเนินงานโดย RDU Coordinator ระดับอำเภอ)</p> <p>๓. รายงานผลการตรวจสอบเฝ้าระวังสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๔. รายงานการตรวจประเมินร้านชำ RDU ตามเกณฑ์ประเมินและพัฒนาร้านชำ RDU ผ่านแบบสำรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพในร้านชำ จังหวัดแพร่ (โปรแกรม G-RDU &amp; G-SHP MOPH)</p>
<p><b>ผู้รับผิดชอบ</b></p> <p>๑. คณะกรรมการ Service Plan สาขาส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ระดับจังหวัด</p> <p>๒. RDU Coordinator ระดับจังหวัด (กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่)</p> <p>๓. RDU Coordinator ระดับอำเภอ (ผู้ได้รับมอบหมายจากกลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาล ทุกแห่ง หรือ ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง)</p> <p>๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลทุกแห่ง (ทุกสังกัด)</p>



<b>ตัวชี้วัด</b> ๑๘. ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) ในผู้ป่วยที่มีโรคทางกายเรื้อรัง ๑๙. ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) ในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ๒๐. ร้อยละการคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) ในผู้สูงอายุ			
<b>คำอธิบาย/เหตุผล</b> โรคซึมเศร้าเป็นโรคที่สารเคมีในสมองเสียความสมดุลและความเครียดในชีวิตส่งผลให้มีอาการมากขึ้น โดยอาการนั้นจะส่งผลกระทบต่อความคิด ความรู้สึก การปฏิบัติหน้าที่การทำงานและชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM ๕ : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) และบันทึกรหัสตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD-๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด F๓๒.X, F๓๓.X, F๓๔.๑, F๓๘.X และ F๓๙.X เข้าถึงบริการสุขภาพจิต หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย			
<b>สอดคล้องกับยุทธศาสตร์/นโยบาย/พรบ./มาตรฐาน :</b> บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
<b>เกณฑ์/มาตรฐาน/แนวทาง การดำเนินงาน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- คัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ดังนี้           <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้ป่วยที่มีโรคทางกายเรื้อรัง</li> <li>๒. หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด</li> <li>๓. ผู้สูงอายุ</li> </ol> </li> <li>- บันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) ในโปรแกรม HOSxP/หรือโปรแกรมที่ รพ.สต.ดำเนินการบันทึก</li> <li>- หากคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) แล้วพบว่ามีความเสี่ยงจะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า (๙Q) และประเมินการฆ่าตัวตาย (๘Q) หากพบว่ามีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ส่งต่อพบแพทย์/พยาบาลจิตเวช ใน รพท./รพช.</li> <li>- บันทึกข้อมูลการประเมินโรคซึมเศร้า (๙Q) และประเมินการฆ่าตัวตาย (๘Q) ในโปรแกรม HOSxP</li> </ul>			
<b>ตัวชี้วัด/เป้าหมาย</b>			
เป้าหมายไตรมาส ๑	เป้าหมายไตรมาส ๒	เป้าหมายไตรมาส ๓	เป้าหมายไตรมาส ๔
-	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐
<b>รูปแบบการรายงาน / สรุปการดำเนินงาน</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคซึมเศร้า (๒Q plus) ในโปรแกรม HOSxP</li> <li>- สรุปข้อมูลจากระบบข้อมูล Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข (HDC)</li> <li>- ศูนย์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</li> </ul>			
<b>ประโยชน์ที่ประชาชนจะได้รับ</b> - หากคัดกรองซึมเศร้าแล้วพบว่ามีความเสี่ยงเป็นโรคซึมเศร้าและได้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาตามแนวตามมาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จะสามารถลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการฆ่าตัวตายที่เกิดจากโรคซึมเศร้าได้			
<b>หลักฐานอ้างอิง</b> ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (HDC)			
<b>ผู้รับผิดชอบ</b> นายภานุพันธ์ กาทองทุ่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐ ๕๔๕๑ ๑๑๔๕ ต่อ ๓๐๔ โทรสาร ๐ ๕๔๕๒ ๓๓๑๓ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๙๒ ๓๒๙ ๙๓๕๑ ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ncd.phr@gmail.com			



ชื่อตัวชี้วัด	๒๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์		
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ณ สถานบริการนั้น ๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด **หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบและหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย ๑. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ ๒. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการคลอด		
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๕			
วัตถุประสงค์	๑. ส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โดยมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพและรับคำแนะนำในการดูแลตนเองและทารกอย่างเหมาะสม ๒. ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด ๓. ส่งเสริมสุขภาพของทารก ช่วยให้ทารกเจริญเติบโตและพัฒนาการได้อย่างสมบูรณ์ ๔. สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพในช่วงตั้งครรภ์ ให้กับหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบทั้งหมด		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC)		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $\leq$ ๑๒ สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม ANC)		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในเวลาเดียวกัน (ฐานข้อมูลจากแฟ้ม Labor)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ๑ครั้ง		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๗๕
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเทียบเป้าหมาย		



เอกสารสนับสนุน :	๑.คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแพร่ พ.ศ.๒๕๖๖ ๒.คู่มือANCคุณภาพ ๓.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางสาว จุฑิพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒ ๒. นาย ณัฐติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒



ชื่อตัวชี้วัด	๒๒. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์
คำนิยาม	<p>หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขชั้น ๑</p> <p>การฝากครรภ์คุณภาพ หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยง โดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามิน ฯลฯ ตามสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้มาฝากครรภ์ ตามนัด จำนวน ๕ ครั้ง ดังนี้</p> <p>การนัดครั้งที่ ๑ เมื่ออายุครรภ์ &lt; ๑๒ สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์ ๑๓ - &lt; ๒๐ สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์ ๒๐ - &lt; ๒๖ สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์ ๒๖ - &lt; ๓๒ สัปดาห์</p> <p>การนัดครั้งที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์ ๓๒ - &lt; ๔๐ สัปดาห์</p> <p>**หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบ และหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย</p> <p>๑. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>๒. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มาใช้บริการคลอด</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๕	
วัตถุประสงค์	<p>๑. เฝ้าระวังสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด และป้องกันการตายมารดาและทารกอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>๒. ยกระดับคุณภาพบริการของสถานพยาบาลทุกระดับให้เป็นไปตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กสำหรับสถานพยาบาลและเครือข่ายระดับจังหวัด</p> <p>๓. ส่งเสริมสุขภาพของทารก ช่วยให้ทารกเจริญเติบโตและพัฒนาการได้อย่างสมบูรณ์</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดทุกรายในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม ANC)



รายการข้อมูล ๒	<p>B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ สิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการคลอดทั้งหมด</p> <p>LABOR (BTYPE ไม่เท่ากับ ๖) (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม Labor)</p> <p>***หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบ</p> <p>และหญิงไทยคลอดที่มารับบริการ ประกอบด้วย</p> <p>๑. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ</p> <p>๒. หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบ</p>		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเทียบเป้าหมาย		
เอกสารสนับสนุน :	<p>๑.คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแพร่ พ.ศ.๒๕๖๖</p> <p>๒.คู่มือฝากครรภ์สำหรับบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๓.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก</p>		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นางสาว จุฑิพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่</p> <p>โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒</p> <p>๒. นาย ณัฐติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่</p> <p>โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒</p>		



ชื่อตัวชี้วัด	๒๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในหน่วยบริการ ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน
คำนิยาม	<u>หญิงตั้งครรภ์</u> หมายถึง หญิงไทยตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข <u>ยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน</u> หมายถึง ยาที่มีไอโอดีนเป็นองค์ประกอบหลัก มีไอโอดีน อย่างน้อย ๑๕๐ - ๒๐๐ ไมโครกรัมต่อเม็ด (กรณีที่มีส่วนประกอบอื่นๆ และมีไอโอดีนตามมาตรฐานสามารถนับรวมได้ ทั้งนี้หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ซึ่งรหัสยาตามรายการแนบท้าย จะครอบคลุมทั้ง ๒-๓ ตัวยาอยู่แล้ว ยกเว้น Iodine GPO และ folic ให้กรณีคนที่แพ้ธาตุเหล็กหรือมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์) <u>หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน</u> หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน กินวันละ ๑ เม็ด ตลอดการตั้งครรภ์จนคลอด ๑. บันทึกข้อมูลการได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน ที่ได้รับในแต่ละครั้ง
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐	
วัตถุประสงค์	๑.เพื่อใช้ในการติดตามเผื่อระวังความครอบคลุมการได้รับยาเม็ดที่มีในหญิงตั้งครรภ์ ๒.เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก โดยมุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาไอโอดีนอย่างเพียงพอ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อสุขภาพของทารกในครรภ์ ดังนี้ - ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะปัญญาอ่อนในทารก - ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะพิการทางระบบประสาทในทารก - ส่งเสริมให้ทารกเจริญเติบโตและพัฒนาการได้อย่างสมบูรณ์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นคนไทยที่มารับบริการ ณ สถานบริการสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.บันทึกข้อมูลการได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน ที่ได้รับในแต่ละครั้ง ๒. รวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน ตั้งแต่ฝากครรภ์ (มารับบริการ ANC ครั้งแรก) ตรวจครรภ์ตามนัดจนคลอด (โดยควร คำนวณปริมาณยาฯ ให้เพียงพอ สำหรับการกินวันละ ๑ เม็ดทุกวัน จนถึงวันที่มาตรวจ ครรภ์ครั้งถัดไปหรือวันคลอด) ๓.ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์หรือตรวจครรภ์ ณ สถานบริการ สาธารณสุข (คนต่อสถานบริการ) ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน ประมวลผลจากแฟ้ม DRUG_OPD เพื่อติดตามการได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีน (ตามรหัสยา รายการแนบท้าย) คำนวณคนต่อสถานบริการ ทั้งต่อไตรมาสและต่อปี
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่มารับบริการฝากครรภ์หรือตรวจครรภ์ ณ สถานบริการ สาธารณสุข(คนต่อสถานบริการ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ๑ครั้ง (ไม่นับคนเข้าต่อสถานบริการ)
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเทียบเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแพร่ พ.ศ.๒๕๖๖ ๒. แนวทางการดำเนินงานการควบคุมและป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ๒๕๖๓ ๓. คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สำนักโภชนาการ กรมอนามัย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางสาว ฐิติพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒ ๒. นาย ญัฐติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒

หมายเหตุ : กรณีหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์และมียาเหลือ ให้นำยาเพิ่มให้ครบถึงการมาฝากครรภ์ครั้งต่อไป รหัทยา เสริมไอโอดีนโดยองค์การเภสัชกรรม รหัทยา ๒๔ หลักตาม (ใช้รหัทยา ๑๙ ตัวแรก) คือ

ชื่อทางการค้า	รหัทยา	ชนิด
Triferdine ๑๕๐	๒๐๑๑๒๐๓๒๐๐๓๗๗๒๖๒๒๑๗๘๑๕๐๖	Combined ๓
Obimin-az	๒๐๑๑๑๐๑๐๐๐๑๙๙๙๙๙๒๐๓๘๑๑๙๙	Combined ๓
Iodine GPO	๑๐๑๑๑๐๐๐๐๐๐๓๐๘๒๑๒๑๗๘๑๕๐๖	Single
Nataral	๒๐๑๑๑๐๑๐๐๐๑๙๙๙๙๙๒๐๓๘๑๓๔๑	Combined ๓
Nataral EF	๒๐๑๑๑๐๑๐๐๐๑๙๙๙๙๙๒๑๑๘๘๑๓๔๑	Combined ๓
Prenamed	๒๐๒๐๓๐๑๒๐๐๑๙๙๙๙๙๒๐๓๘๑๒๕๒	Combined ๓
Iolic	๒๐๒๐๓๐๒๒๐๐๑๗๗๔๕๒๒๑๗๘๑๕๐๖	Combined ๒



ชื่อตัวชี้วัด	๒๔. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์
คำนิยาม	หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูก ในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข และหรือ อสม.ตามเกณฑ์ จำนวน ๓ ครั้ง ดังนี้ ครั้งที่ ๑ คือ เยี่ยมหลังคลอดในสัปดาห์แรก ไม่เกิน ๗ วันนับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ ๒ คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ ๘ - วันที่ ๑๕ นับถัดจากวันคลอด ครั้งที่ ๓ คือ เยี่ยมระหว่าง วันที่ ๑๖ - วันที่ ๔๒ นับถัดจากวันคลอด
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๕	
วัตถุประสงค์	๑.ส่งเสริมสุขภาพอนามัยแม่และทารก โดยมุ่งเน้นที่การตรวจสุขภาพของแม่และทารก ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและทารก ให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลจิตสังคม ๒. สร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพให้กับหญิงหลังคลอด และครอบครัว
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	มารดาหลังคลอดและลูกในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงคลอด ตาม B ได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ในเวลาที่กำหนด (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม Postnatal)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงไทยหลังคลอดตั้งแต่ ๔๒ วันขึ้นไปในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม Labor)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๖ เดือน
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเทียบเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน :	๑.คู่มือแนวทางการปฏิบัติงานอนามัยแม่และเด็กจังหวัดแพร่ พ.ศ.๒๕๖๖ ๒.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางสาว จุติพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒ ๒. นาย ธีรุตติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒



ชื่อตัวชี้วัด	๒๕. เด็กแรกเกิด - ๖ เดือน กินนมแม่อย่างเดียว		
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือน หมายถึง ทารกแรกเกิดจนถึง ๕ เดือน ๒๙ วันในเขตรับผิดชอบทั้งหมด กินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน หมายถึง เด็กแรกเกิดต่ำกว่า ๖ เดือน (เด็กแรกเกิดจนถึง ๕ เดือน ๒๙ วัน) ใน ๒๔ ชั่วโมงที่ผ่านมากินนมแม่อย่างเดียว (ถามด้วยคำถาม ๒๔ ชั่วโมงที่ผ่านมาให้ลูกกินอะไรบ้าง แล้วนับเฉพาะที่ตอบว่ากินนมแม่อย่างเดียว)		
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๕๕			
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC)		
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนที่แม่หรือผู้เลี้ยงดูตอบว่ากินนมแม่อย่างเดียวภายใน ๒๔ ชั่วโมงที่ผ่านมาในช่วงเวลาที่กำหนด ในเขตรับผิดชอบ		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือนที่แม่หรือผู้เลี้ยงดูได้ถูกสอบถามทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน ในเขตรับผิดชอบ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๖ เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	ร้อยละ ๕๕	-	ร้อยละ ๕๕
วิธีการประเมินผล :			
ผลงานเทียบเป้าหมาย			
เอกสารสนับสนุน :			
ชุดภาพพลิกการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กรมอนามัย Link: <a href="https://hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag/๒๐๑๓๑๔">https://hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag/๒๐๑๓๑๔</a>			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด			
๑. นางสาว จิตติพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒			
๒. นายณัฐติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒			



ชื่อตัวชี้วัด	๒๖. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และแปลผลภาวะโภชนาการ
คำนิยาม	<p><b>เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p><b>สูงดี</b> หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์</p> <p>ค่อนข้างสูง หรือสูง เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุกรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เท่ากับ <math>-๑.๕</math> SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ</p> <p><b>สมส่วน</b> หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยมีค่าอยู่ในช่วง <math>+๑.๕</math> SD ถึง <math>-๑.๕</math> SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง</p> <p><b>สูงดีสมส่วน</b> หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p><b>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี</b> หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐	
วัตถุประสงค์	เพื่อเฝ้าระวังและส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็กของเด็กราย ๐ - ๕ ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กแรกเกิด - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข นำข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ของเด็กที่เป็นปัจจุบัน จากหมู่บ้าน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนระดับอนุบาล และสถานบริการสาธารณสุข (คลินิกเด็กสุขภาพดี) ซึ่งไม่รวมการมารับบริการในกรณีเจ็บป่วย บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างระบบฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม โดยบันทึกข้อมูลน้ำหนัก ความยาว/ส่วนสูง ด้วยทศนิยม ๑ ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก ๒๐.๑ กิโลกรัม ความยาว/ส่วนสูง ๙๐.๕ เซนติเมตร
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี)</li> <li>๒. หมู่บ้าน</li> <li>๓. โรงเรียนระดับอนุบาล</li> <li>๔. ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก</li> </ol>
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ทั้งหมด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(B / A) \times ๑๐๐$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส ทุก ๓ เดือน (ธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน และกันยายน)



เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเทียบเป้าหมาย		
เอกสารสนับสนุน :	๑. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก กรมอนามัย Link: <a href="https://hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag/๒๑๓๘๘๔">https://hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag/๒๑๓๘๘๔</a> ๒. คู่มือแนวทางการดำเนินคลินิกเด็กสุขภาพดี กรมอนามัย Link: <a href="https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/๒๑๐๕๑๒">https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/๒๑๐๕๑๒</a>		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางสาว จีติพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒ ๒. นาย ธีรุตติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒		



ชื่อตัวชี้วัด	๒๗. เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก		
คำนิยาม	เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุ ๖ เดือนเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก หมายถึง ยาน้ำที่มีส่วนประกอบธาตุเหล็ก ของ elemental iron ๑๒.๕ มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ ๖ เดือน - ๒ ปี และ ๒๕ มิลลิกรัม สำหรับเด็กอายุ ๒ - ๕ ปี		
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๖			
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามและเฝ้าระวังในการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ในเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. บันทึกข้อมูลเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก โดยคำนวณปริมาณให้เพียงพอสำหรับการกินสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จนถึงวันที่เด็กจะได้รับบริการในครั้งต่อไป ๒. รวบรวมข้อมูลการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี ที่จ่ายให้กับพ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กใน WCC/ศูนย์เด็กเล็ก (แฟ้ม EP๑ รหัสการได้รับวัคซีนตามช่วงอายุ รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย) เพื่อส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม (แฟ้ม PERSON, DRUG และ EPI) - PERSON Type area ๑, ๓ สัญชาติไทย (เอาเฉพาะสัญชาติไทย) - DRUG ใช้ประเมินการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ตามรหัสยาแนบท้าย - EPI ใช้นับจำนวนของเด็กที่มาใช้บริการใน WCC (ยกเว้นตามหมายเหตุ)		
แหล่งข้อมูล	๑. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ ๒. ฐานข้อมูล ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) สาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ที่มารับบริการวัคซีนและได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก (รหัสยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ตามรายการแนบท้าย)		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี ที่มารับบริการวัคซีน (ยกเว้น รหัสวัคซีนตามรายการแนบท้าย)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส ทุก ๓ เดือน (ธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน และกันยายน)		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖
วิธีการประเมินผล :	ผลงานเทียบเป้าหมาย		



เอกสารสนับสนุน :	<p>๑. คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กรมอนามัย Link: <a href="https://nutrition๒.anamai.moph.go.th/th/anemia/๒๐๐๔๙๓">https://nutrition๒.anamai.moph.go.th/th/anemia/๒๐๐๔๙๓</a></p> <p>๒. คู่มือแนวทางการดำเนินคลินิกเด็กสุขภาพดี กรมอนามัย Link: <a href="https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/๒๑๐๕๑๒">https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/๒๑๐๕๑๒</a></p>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นางสาว จุฑิพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒</p> <p>๒. นาย ณิชติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒</p>

หมายเหตุ :

- หลักเกณฑ์การจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้เพียงพอกับปริมาณที่กำหนดตามคำแนะนำ (คู่มือแนวทางการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สำนักงานโภชนาการ กรมอนามัย) โดยคำนวณให้กินสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง จนถึงวันที่เด็กจะได้รับบริการในครั้งต่อไป
- ชื่อทางการค้าและรหัสยาน้ำเสริมธาตุเหล็กรหัสยา ๒๔ หลัก (ใช้รหัสยา ๑๙ ตัวแรก) คือ ชื่อทางการค้า รหัสยา

ชื่อทางการค้า	รหัสยา
EUROFER – IRON (oral liquid)	100497414002040330581606
Ferium (oral liquid)	100497414000800830582799
FERRO – BC (syrup)	202030120087180130581617 202030120087180130581487
KIDIRON (oral liquid)	100489000000810330581267
PEDIRON (oral drop)	100489000000950130581267
FER-IN-SOL (drops)	100489000000950730581109
Ferrokid	100488000008634230481506
Ferdex	100488000001280130881602
Ferrosol (oral drop)	100488000004203121781144, 100488000001280130481618

- รหัสวัดขึ้นจากแฟ้ม EPI ที่ไม่ได้นำมาประมวลผลในรายงานนี้



คู่มือตัวชี้วัดตามหลักเกณฑ์และมาตรฐานการให้บริการด้านสาธารณสุขของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรชนานวมินทรราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ชื่อวัคซีน	รหัสวัคซีน
BCG, HBV1	010,041
MRC, MMRC	074,076
Rabies Vaccine	111, 112, 113, 114, 115
OPVC	089
TT	101
dT	106
Flu, Influenza	815, 818
Covid-19	CA1, CA2, CS1, CS2, CI1, CI2, CM1, CM2, CP1, CP2, CJ1, CA3, CS3, CI3, CM3, CP3, CJ2, CX1, CX2, CX3, CV1, CV2, CV3, CA4, CS4, CI4, CM4, CP4, CJ3, CJ4, CX4, CV4, CN1, CN2, CN3, CN4, CA5, CA6, CI5, CI6, CJ5, CJ6, CM5, CM6, CN5, CN6, CP5, CP6, CS5, CS6, CV5, CV6, CX5, CX6, CC1, CC2, CC3, CC4, CC5, และ CC6



ชื่อตัวชี้วัด	๒๘. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงอายุ
คำนิยาม	<p><b>เด็กปฐมวัย</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p><b>การคัดกรองพัฒนาการ</b> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p><b>คำนิยามเพิ่มเติม</b></p> <p><b>พัฒนาการสมวัย</b> หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ประกอบด้วย ๑.ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor : GM) ๒.ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor : FM) ๓.ด้านความเข้าใจภาษา (Receptive Language : RL) ๔.ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language : EL) ๕.ด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม (Personal and Social : PS) ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน รหัส Special PP (๑B๒๖๐)</p> <p><b>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน รหัส Special PP (๑B๒๖๑) ร่วมกับรหัสที่ล่าช้ารายด้าน (GM:๑B๒๐๑, FM:๑B๒๑๑, RL:๑B๒๒๑, EL:๑B๒๓๑, PS:๑B๒๔๑) ซึ่งต้องได้รับการติดตามคัดกรองพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน</p> <p><b>เด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที</b> รหัส Special PP (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p><b>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้านเฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน รหัส Special PP (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒</p> <p><b>เด็กพัฒนาการล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกรหัส Special PP ๑B๒๖๒ และครั้งที่ ๒ รหัส Special PP (GM:๑B๒๐๒, FM:๑B๒๑๒, RL:๑B๒๒๒, EL:๑B๒๓๒, PS:๑B๒๔๒)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐			
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย</p> <p>๒. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</p> <p>๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ ที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน และนำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม		
แหล่งข้อมูล	Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก (๑B๒๖๐) หรือล่าช้าส่งต่อทันที (๑B๒๖๒)		
รายการข้อมูล ๒	a = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (๑B๒๖๑) และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน		
รายการข้อมูล ๓	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{(A_{๙}+a_{๙})+(A_{๑๘}+a_{๑๘})+(A_{๓๐}+a_{๓๐})+(A_{๔๒}+a_{๔๒})+(A_{๖๐}+a_{๖๐})}{B} \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานข้อมูลทุกเดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)		



	Link: <a href="https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/dspm/">https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/dspm/</a>
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นางสาว จุฑิพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒</p> <p>๒. นาย ธีรุตติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒</p>



ชื่อตัวชี้วัด	๒๙. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองและมี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน
คำนิยาม	<p><b>เด็กปฐมวัย</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p><b>การคัดกรองพัฒนาการ</b> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p><b>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้านเฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน รหัส Special PP (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒</p> <p><b>พัฒนาการสมวัย</b> หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ประกอบด้วย ๑.ด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor : GM) ๒.ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor : FM) ๓.ด้านความเข้าใจภาษา (Receptive Language : RL) ๔.ด้านการใช้ภาษา (Expressive Language : EL) ๕.ด้านการช่วยเหลือตนเอง/สังคม (Personal and Social : PS) ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน รหัส Special PP (๑B๒๖๐)</p> <p><b>เด็กพัฒนาการล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ รหัส Special PP (GM:๑B๒๐๒, FM:๑B๒๑๒, RL:๑B๒๒๒, EL:๑B๒๓๒, PS:๑B๒๔๒)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เด็กที่คัดกรองพัฒนาการแล้วพบว่าสงสัยล่าช้า ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการและประเมินพัฒนาการซ้ำ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการคัดกรองและมี พัฒนาการสงสัยล่าช้า
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน พบสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน และนำข้อมูลผลการประเมิน

	พัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม		
แหล่งข้อมูล	Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (๑B๒๖๑) และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน ๓๐ วัน		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (๑B๒๖๑) ทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานข้อมูลทุกเดือน		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) Link: <a href="https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/dspm/">https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/dspm/</a>		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางสาว จุฑิพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒ ๒. นาย ณิชติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒		

ชื่อตัวชี้วัด	๓๐. เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๑, ๒, ๓, และ ๕ ปี (fully immunized)
คำนิยาม	<p><b>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๑ ปี</b> หมายถึงร้อยละของเด็กอายุครบ ๑ ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๑ ปี ได้แก่ BCG (แรกเกิด), HBV (แรกเกิด), DTP-HB๓/DTP-HB-Hib๓, OPV๓, IPV, Rota, และMMR๑ จากเด็กอายุครบ ๑ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในรายงานแต่ละไตรมาส ปีงบประมาณ</p> <p><b>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๒ ปี</b> หมายถึงร้อยละของเด็กอายุครบ ๒ ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๒ ปี ได้แก่ BCG (แรกเกิด), HBV (แรกเกิด), DTP-HB๓/DTP-HB-Hib๓, OPV๓, IPV, Rota, MMR๑, LAJE๑, MMR๒, DTP๔ และOPV๔ จากเด็กอายุครบ ๒ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในรายงานแต่ละไตรมาส ปีงบประมาณ</p> <p><b>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๓ ปี</b> หมายถึงร้อยละของเด็กอายุครบ ๓ ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๓ ปี ได้แก่ BCG (แรกเกิด), HBV (แรกเกิด), DTP-HB๓/DTP-HB-Hib๓, OPV๓, IPV, Rota, MMR๑, LAJE๑, DTP๔, OPV๔, MMR๒ และLAJE๒ จากเด็กอายุครบ ๓ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ รับผิดชอบทั้งหมด ในรายงานแต่ละไตรมาส ปีงบประมาณ</p> <p><b>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๕ ปี</b> หมายถึงร้อยละของเด็กอายุครบ ๕ ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ตั้งแต่แรกเกิดจนอายุครบ ๕ ปี ได้แก่ วัคซีน BCG (แรกเกิด), HBV (แรกเกิด), DTP-HB๓/DTP-HB-Hib๓, OPV๓, IPV, Rota, MMR๑, LAJE๑, DTP๔, OPV๔, MMR๒, LAJE๒, DTP๕ และOPV๕ จากเด็กอายุครบ ๕ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในรายงานแต่ละ ไตรมาส ปีงบประมาณ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่า ปี ๒๕๖๘ ร้อยละ ๕ หรือ $\geq$ ร้อยละ ๙๐	
วัตถุประสงค์	เพื่อป้องกันการเกิดโรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เด็กอายุครบ ๑, ๒, ๓ และ ๕ ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดรายงานแต่ละไตรมาส (จากแฟ้ม Person ตามมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม สถานะบุคคล Type area = ๑ และ ๓)</p> <p>โดยความหมายของเด็กอายุครบ ๑, ๒, ๓ และ ๕ ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ ๑, ๒, ๓ และ ๕ ปี ในงวดรายงานแต่ละไตรมาส ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดรายงานแต่ละไตรมาส</p>



	ไตรมาสที่ ๑ : ตุลาคม – ธันวาคม ไตรมาสที่ ๒ : มกราคม – มีนาคม ไตรมาสที่ ๓ : เมษายน – มิถุนายน ไตรมาสที่ ๔ : กรกฎาคม - กันยายน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานมาตรฐาน ๔๓ เพิ่ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๔๓ เพิ่ม Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล ๑	A๑ = จำนวนเด็กอายุครบ ๑ ปี ในงวดรายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ BCG (แรกเกิด), HBV (แรกเกิด), DTP-HB๓/DTP-HB-Hib๓, OPV๓, IPV, Rota, และMMR๑ B๑ = จำนวนเด็กอายุครบ ๑ ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดรายงานจากแฟ้ม Person ตามมาตรฐาน ๔๓ เพิ่ม (สถานะบุคคล Type area = ๑ และ ๓)
สูตรคำนวณ	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๑ ปี $= (A๑ / B๑) \times ๑๐๐$
รายการข้อมูล ๒	A๒ = จำนวนเด็กอายุครบ ๒ ปี ในงวดรายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ BCG (แรกเกิด), HBV (แรกเกิด), DTP-HB๓/DTP-HB-Hib๓, OPV๓, IPV, Rota, MMR๑, LAJE๑, MMR๒, DTP๔ และOPV๔ B๒ = จำนวนเด็กอายุครบ ๒ ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดรายงานจากแฟ้ม Person ตามมาตรฐาน ๔๓ เพิ่ม (สถานะบุคคล Type area = ๑ และ ๓)
สูตรคำนวณ	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๒ ปี $= (A๒ / B๒) \times ๑๐๐$
รายการข้อมูล ๓	A๓ = จำนวนเด็กอายุครบ ๓ ปี ในงวดรายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ BCG (แรกเกิด), HBV (แรกเกิด), DTP-HB๓/DTP-HB-Hib๓, OPV๓, IPV, Rota, MMR๑, LAJE๑, DTP๔, OPV๔, MMR๒ และLAJE๒ B๓ = จำนวนเด็กอายุครบ ๓ ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดรายงานจากแฟ้ม Person ตามมาตรฐาน ๔๓ เพิ่ม (สถานะบุคคล Type area = ๑ และ ๓)
สูตรคำนวณ	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๓ ปี $= (A๓ / B๓) \times ๑๐๐$
รายการข้อมูล ๔	A๕ = จำนวนเด็กอายุครบ ๕ ปี ในงวดรายงานที่ได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ ได้แก่ วัคซีน BCG (แรกเกิด), HBV (แรกเกิด), DTP-HB๓/DTP-HB-

	Hib๓, OPV๓, IPV, Rota, MMR๑, LAJE๑, DTP๔, OPV๔, MMR๒, LAJE๒, DTP๕ และ OPV๕ B๕ = จำนวนเด็กอายุครบ ๕ ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดรายงานจากแฟ้ม Person ตามมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม (สถานบุคคล Type area = ๑ และ ๓)																																
สูตรคำนวณ	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนแต่ละชนิดครบตามเกณฑ์ในเด็กอายุครบ ๕ ปี = (A๕ / B๕) x ๑๐๐																																
รายการข้อมูล ๕	<p><b>ตารางการให้วัคซีน และรหัสวัคซีน</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>อายุ</th> <th>วัคซีน</th> <th>รหัสวัคซีน</th> <th>หมายเหตุ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>แรกเกิด</td> <td>BCG</td> <td>๐๑๐</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>HB๑</td> <td>๐๔๑</td> <td></td> </tr> <tr> <td>๑ เดือน</td> <td>HB๒</td> <td>๐๔๒</td> <td>- เฉพาะรายที่คลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">๒ เดือน</td> <td>DTP- HB- Hib๑</td> <td>D๒๑</td> <td rowspan="3">- ห้ามให้วัคซีน Rota๑ ในเด็กที่อายุมากกว่า ๑๕ สัปดาห์ - ให้ IPV๑ แทน OPV๑ ตามแนวทางการนำร่องให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอสูตร ๒IPV+๓OPV</td> </tr> <tr> <td>IPV๑</td> <td>I๑๑</td> </tr> <tr> <td>Rota๑</td> <td>R๑๑ (Rotarix) หรือ R๒๑ (RotaTeq) หรือ R๒๑ (Rotasiil)</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">๔ เดือน</td> <td>DTP- HB- Hib๒</td> <td>D๒๒</td> <td rowspan="3">- การให้วัคซีน Rota ครั้งสุดท้ายควรเสร็จสิ้นก่อนอายุครบ ๓๒ สัปดาห์ แต่สามารถพิจารณาให้วัคซีนในเด็กอายุไม่เกิน ๒ ปี ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก - ให้ IPV๒ แทน OPV๒ ตามแนวทางการนำร่องให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอสูตร ๒IPV+๓OPV</td> </tr> <tr> <td>IPV๒</td> <td>I๑๒</td> </tr> <tr> <td>Rota๒</td> <td>R๑๒ (Rotarix) หรือ R๒๒ (RotaTeq) หรือ R๒๒ (Rotasiil)</td> </tr> </tbody> </table>	อายุ	วัคซีน	รหัสวัคซีน	หมายเหตุ	แรกเกิด	BCG	๐๑๐			HB๑	๐๔๑		๑ เดือน	HB๒	๐๔๒	- เฉพาะรายที่คลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี	๒ เดือน	DTP- HB- Hib๑	D๒๑	- ห้ามให้วัคซีน Rota๑ ในเด็กที่อายุมากกว่า ๑๕ สัปดาห์ - ให้ IPV๑ แทน OPV๑ ตามแนวทางการนำร่องให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอสูตร ๒IPV+๓OPV	IPV๑	I๑๑	Rota๑	R๑๑ (Rotarix) หรือ R๒๑ (RotaTeq) หรือ R๒๑ (Rotasiil)	๔ เดือน	DTP- HB- Hib๒	D๒๒	- การให้วัคซีน Rota ครั้งสุดท้ายควรเสร็จสิ้นก่อนอายุครบ ๓๒ สัปดาห์ แต่สามารถพิจารณาให้วัคซีนในเด็กอายุไม่เกิน ๒ ปี ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก - ให้ IPV๒ แทน OPV๒ ตามแนวทางการนำร่องให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอสูตร ๒IPV+๓OPV	IPV๒	I๑๒	Rota๒	R๑๒ (Rotarix) หรือ R๒๒ (RotaTeq) หรือ R๒๒ (Rotasiil)
อายุ	วัคซีน	รหัสวัคซีน	หมายเหตุ																														
แรกเกิด	BCG	๐๑๐																															
	HB๑	๐๔๑																															
๑ เดือน	HB๒	๐๔๒	- เฉพาะรายที่คลอดจากมารดาที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบี																														
๒ เดือน	DTP- HB- Hib๑	D๒๑	- ห้ามให้วัคซีน Rota๑ ในเด็กที่อายุมากกว่า ๑๕ สัปดาห์ - ให้ IPV๑ แทน OPV๑ ตามแนวทางการนำร่องให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอสูตร ๒IPV+๓OPV																														
	IPV๑	I๑๑																															
	Rota๑	R๑๑ (Rotarix) หรือ R๒๑ (RotaTeq) หรือ R๒๑ (Rotasiil)																															
๔ เดือน	DTP- HB- Hib๒	D๒๒	- การให้วัคซีน Rota ครั้งสุดท้ายควรเสร็จสิ้นก่อนอายุครบ ๓๒ สัปดาห์ แต่สามารถพิจารณาให้วัคซีนในเด็กอายุไม่เกิน ๒ ปี ตามคำแนะนำองค์การอนามัยโลก - ให้ IPV๒ แทน OPV๒ ตามแนวทางการนำร่องให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอสูตร ๒IPV+๓OPV																														
	IPV๒	I๑๒																															
	Rota๒	R๑๒ (Rotarix) หรือ R๒๒ (RotaTeq) หรือ R๒๒ (Rotasiil)																															



	๖ เดือน	DTP- HB- Hib๓	D๒๓	- การให้วัคซีน Rota ครั้ง สุดท้ายควรเสร็จสิ้นก่อนอายุ ครบ ๓๒ สัปดาห์ แต่สามารถ พิจารณาให้วัคซีนในเด็กอายุไม่ เกิน ๒ ปี ตามคำแนะนำ องค์การอนามัยโลก - รับ Rotam ในเด็กที่ได้รับ วัคซีน Rotarix หรือ Rotasill มาแล้ว ๒ ครั้ง
		OPV๓	๐๘๓	
		Rotam	R๒๓ (RotaTeq) หรือ R๒๓ (Rotasiil)	
	๙ เดือน	MMR๑	M๑๑	
	๑ ปี	LAJE๑	J๑๑	
	๑ ปี ๖ เดือน	DTP๔	๐๓๔	
		OPV๔	๐๘๔	
		MMR๒	M๑๒	
	๒ ปี ๖ เดือน	LAJE๒	J๑๒	
	๔ ปี	DTP๕	๐๓๕	
OPV๕		๐๘๕		
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>		รายไตรมาส ทุก ๓ เดือน (ธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, และกันยายน)		
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>				
<b>รอบ ๓ เดือน</b>	<b>รอบ ๖ เดือน</b>	<b>รอบ ๙ เดือน</b>	<b>รอบ ๑๒ เดือน</b>	
≥ ปี ๒๕๖๘	≥ ปี ๒๕๖๘	> ปี ๒๕๖๘ หรือ ≥ ร้อยละ ๙๐	> ปี ๒๕๖๘ ร้อยละ ๕ หรือ ≥ ร้อยละ ๙๐	
<b>วิธีการประเมินผล :</b>				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>				
๑. แผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๘ Link: <a href="https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/๑๖๖๗๒๐๒๕๐๑๓๐๐๓๕๑๐๗.pdf">https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/๑๖๖๗๒๐๒๕๐๑๓๐๐๓๕๑๐๗.pdf</a> ๒. มาตรฐานงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ปี ๒๕๖๘ Link: <a href="https://dmsic.moph.go.th/index/detail/๙๖๐๔">https://dmsic.moph.go.th/index/detail/๙๖๐๔</a> ๓. แนวทางการนำร่องให้วัคซีนป้องกันโรคโปลิโอสูตร ๒IPV+๓OPV				



	<p>Link:  <a href="https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=๑๔๓๔๘">https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=๑๔๓๔๘</a>          ๔. การประชุมมอบนโยบายและชี้แจงโครงการความร่วมมือขับเคลื่อน การกวาดล้างโรคโปลิโอตามพันธสัญญานานาชาติ ด้วยการนำร่องให้วัคซีนโปลิโอสูตร ๒ IPV + ๓ OPV</p> <p>Link:  <a href="https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=๑๔๓๔๕&amp;dptcode=dcd">https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=๑๔๓๔๕&amp;dptcode=dcd</a>          ๖. คู่มือแนวทางการดำเนินคลินิกเด็กสุขภาพดี กรมอนามัย</p> <p>Link: <a href="https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/๒๑๐๕๑๒">https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/๒๑๐๕๑๒</a></p>
<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>๑. นางรัชณี ย่างวินิจฉัย กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ          สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่          โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๒๐๗</p> <p>๒. นางสาว จุติพร ภัทรกุลพิสิฐ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ          สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่          โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒</p> <p>๓. นาย ณิชติกร เกตุทอง กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ          สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่          โทรศัพท์: ๐๕๔-๕๑๑-๑๔๕ ต่อ ๓๐๒</p>

ชื่อตัวชี้วัด	๓๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)								
คำนิยาม	<p>๑) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>๒) การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้</p> <p>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป</p> <p>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๕ - ๑๑ คะแนน</p> <p>ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกัดหรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๐ - ๔ คะแนน</p> <p>๓) ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป หรือเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ (กลุ่มติดสังคม)</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" data-bbox="292 1240 1385 1469"> <thead> <tr> <th data-bbox="292 1240 884 1346">ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="884 1240 1121 1346">ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</th> <th data-bbox="1121 1240 1385 1346">ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="292 1346 884 1469">ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)</td> <td data-bbox="884 1346 1121 1469">ร้อยละ ๙๐</td> <td data-bbox="1121 1346 1385 1469">ร้อยละ ๙๐</td> </tr> </tbody> </table>			ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙							
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐							
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น</p> <p>๓. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสื่อมผู้สูงอายุ</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. พื้นที่ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)								

	๒. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	๑. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ADL			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>				
	<b>รอบ ๓ เดือน</b>	<b>รอบ ๖ เดือน</b>	<b>รอบ ๙ เดือน</b>	<b>รอบ ๑๒ เดือน</b>
	๑. ชี้แจงการดำเนินงาน/แนวทางการดำเนินงาน ๒. พื้นที่ที่มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่าย/ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ ๔. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ ๘๐ ๒. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๖.๗๕	๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ ๘๕ ๒. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๖.๗๕	๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ ๙๐ ๒. ผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ ๙๖.๗๕
วิธีการประเมินผล :	รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข รอบ ๑๒ เดือน			
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายเสกสรรค์ ช่างเขียว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เบอร์โทร ๐๕๔- ๕๑๑๑๔๕ ต่อ ๓๐๒			



ชื่อตัวชี้วัด	๓๕. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ		
คำนิยาม	<p>๑) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง</p> <p>๒) การคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย ๙ คือ ๑. ความคิดความจำ ๒. การเคลื่อนไหวร่างกาย ๓. การขาดสารอาหาร ๔. การมองเห็น ๕. การได้ยิน ๖. การซึมเศร้า ๗. การกลืนปัสสาวะ ๘. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ๙. สุขภาพช่องปาก</p>		
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐			
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙
	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อเฝ้าระวังสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนให้ได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม และสามารถดำรงชีวิตประจำวันตามศักยภาพได้อย่างมีคุณภาพ</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่จากทีมสหสาขาวิชาชีพโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น</p> <p>๓. เพื่อประเมินผลกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และชะลอความเสื่อมผู้สูงอายุ</p>		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. พื้นที่คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุความถดถอย ๙ ด้าน</p> <p>๒. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/ แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) / Smart อสม.</p>		
แหล่งข้อมูล	<p>๑. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)</p> <p>๓. Smart อสม.</p>		
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุความถดถอย ๙ ด้าน		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส		



เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ชี้แจงการดำเนินงาน/ แนวทางการดำเนินงาน ๒. พื้นที่ที่มีแผนการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลและ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคี เครือข่าย/ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ ๔. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุความถี่ ๙ ด้าน	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุความถี่ ๙ ด้าน ร้อยละ ๖๐	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุความถี่ ๙ ด้าน ร้อยละ ๗๐	๑. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุความถี่ ๙ ด้าน ร้อยละ ๘๐
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	รายงานผลการดำเนินงานในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข รอบ ๑๒ เดือน		
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข		
<b>ผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน</b>	นายเสกสรรค์ ช่างเขียว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เบอร์โทร ๐๕๔- ๕๑๑๑๔๕ ต่อ ๓๐๒		



ชื่อตัวชี้วัด	๓๖. ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง(อย่างน้อย ๑ ประเด็นตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพหรือเสี่ยงจากการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน) มีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)
คำนิยาม	<p>๑) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>๒) กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ๖ ประเด็นหรือเสี่ยงจากการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน)</p> <p>๓) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี” แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีองค์ประกอบ การส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ๖ ประเด็น ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ประเด็นโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ</li> <li>๒. ประเด็นการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ</li> <li>๓. ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ</li> <li>๔. ประเด็นผู้สูงอายุสมองดี</li> <li>๕. ประเด็นความสุขของผู้สูงอายุ</li> <li>๖. ประเด็นสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ</li> </ol> <p>๔) ผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) ได้รับการประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำแผนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) มีขั้นตอนดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ผู้สูงอายุเข้าสู่กระบวนการด้วยความสมัครใจ และได้รับการถ่ายทอดองค์ความรู้</li> <li>๒. ผู้สูงอายุประเมินตนเองตามแนวทางการประเมิน เพื่อรับรู้สถานการณ์สุขภาพ และความเสี่ยงด้านสุขภาพ</li> <li>๓. จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ผ่านโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือผ่านรูปแบบอื่นๆ</li> <li>๔. นำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) สู่การปฏิบัติจริง</li> <li>๕. หลังจากปฏิบัติตามแผนฯ แล้ว ผู้สูงอายุดำเนินการประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง หรือประเมินร่วมกับเจ้าหน้าที่</li> <li>๖. ปรับปรุง /พัฒนาแผนฯ และนำไปปฏิบัติเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย</li> </ol>

	๗. แลกเปลี่ยนเรียนรู้และบอกต่อแก่เพื่อนสมาชิกชมรม /กลุ่มทางสังคมของผู้สูงอายุในชุมชน หรือผู้ที่สนใจเสริมสร้างกระบวนการ และปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดี		
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>			
	<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</b>	<b>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</b>
	ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง (อย่างน้อย ๑ ประเด็นตามปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพหรือเสี่ยงจากการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน) มีการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	๔๐	๔๐
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<b>ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)</b>		
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ</li> <li>- รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน)</li> <li>- กรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คัดข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ต่อไป</li> </ul>		
<b>แหล่งข้อมูล</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง)</li> <li>๒. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ และ Cluster กลุ่มผู้สูงอายุ</li> <li>๓. ศูนย์อนามัยที่ ๑ - ๑๒ และสถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง</li> <li>๔. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, โรงพยาบาลชุมชน, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</li> </ol>		
<b>รายการข้อมูล ๑</b>	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๑ ประเด็น ได้จัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)		
<b>รายการข้อมูล ๒</b>	B = จำนวนผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป และมีปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ อย่างน้อย ๑ ประเด็น		



สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) = $(A / B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม ๒๕๖๘ - เดือน กันยายน ๒๕๖๙		
เกณฑ์การประเมิน :			
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน
<p>๑. ชี้แจงการดำเนินงาน/แนวทางการดำเนินงาน</p> <p>๒. พื้นที่มีแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพบุคลากร/ภาคีเครือข่าย/ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่</p> <p>๔. ผู้สูงอายุได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</p>	<p>ผู้สูงอายุได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</p> <p>ร้อยละ ๐</p>	<p>ผู้สูงอายุได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</p> <p>ร้อยละ ๔๐</p>	<p>ผู้สูงอายุได้รับการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</p> <p>ร้อยละ ๔๐</p>
วิธีการประเมินผล :	<p>๑) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ</p> <p>๒) รายงานตามระบบรายงานแพลตฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน)</p>		
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว (Health Promotion &amp; Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ</li> <li>- คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพคู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)</li> </ul>		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวศิริรินทร์ทิพย์ สุพรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เบอร์โทร ๐๕๔- ๕๑๑๑๔๕ ต่อ ๓๐๒		



ชื่อตัวชี้วัด	๓๗. โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ								
คำนิยาม	<p>๑) ชมรมผู้สูงอายุ หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ หมายถึง การรวมกลุ่มของผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ตั้งแต่ ๓๐ คนขึ้นไป ทั้งชายและหญิง ซึ่งในชมรมหรือโรงเรียนอาจมีผู้ที่มีอายุระหว่าง ๒๕ - ๕๙ ปี ไม่เกิน ๑ ใน ๔ ของสมาชิกทั้งหมด โดยชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินกิจกรรมด้วยสมาชิกในชมรม เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ หรือความมุ่งมั่นของสมาชิกชมรม หรือเพื่อสังคมโดยรวม</p> <p>๒) ชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุหรือโรงเรียนผู้สูงอายุ ที่จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจ แก่สมาชิกในชมรม ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย กิจกรรมสร้างความสุข กิจกรรมป้องกันภาวะสมองเสื่อม กิจกรรมทันตสุขภาพ กิจกรรมด้านโภชนาการ และกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมมีสุขภาพที่แข็งแรง และลดการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ตัวชี้วัด</th> <th>ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</th> <th>ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ</td> <td>๖๐ โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ / ตำบล</td> <td>๗๘ โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ / ตำบล</td> </tr> </tbody> </table>			ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	๖๐ โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ / ตำบล	๗๘ โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ / ตำบล
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙							
โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	๖๐ โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ / ตำบล	๗๘ โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือชมรมผู้สูงอายุ / ตำบล							
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	Google form การประเมินชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ปี ๒๕๖๘ เขตสุขภาพที่ ๑ <a href="https://docs.google.com/forms/d/e/๑FAIpQLSc๙Bv๕k๑๖SYtxNBMP๖StkF๖wBhTYbmkNa_๑jGVLJp_qKE๒m-A/viewform">https://docs.google.com/forms/d/e/๑FAIpQLSc๙Bv๕k๑๖SYtxNBMP๖StkF๖wBhTYbmkNa_๑jGVLJp_qKE๒m-A/viewform</a>								
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ / ศูนย์อนามัยที่ ๑ เชียงใหม่								
ระยะเวลาประเมินผล	เดือน ตุลาคม ๒๕๖๘ - เดือน กันยายน ๒๕๖๙								
วิธีการประเมินผล :	รายงานตามระบบรายงาน การประเมินชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ปี ๒๕๖๘ เขตสุขภาพที่ ๑								
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืนยาว (Health Promotion &amp; Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้สูงอายุ</li> <li>- คู่มือขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพคู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)</li> </ul>								



ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางสาวศิรินทร์ทิพย์ สุพรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เบอร์โทร ๐๕๔- ๕๑๑๑๔๕ ต่อ ๓๐๒
---	--



ชื่อตัวชี้วัด	๓๘.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดตั้งจุดบริการผู้สูงอายุ ๓๙.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อรพ.หรือรพ.แพร์ ๔๐.ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ หกล้ม ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อรพ.หรือรพ.แพร์												
คำนิยาม	๑.จุดบริการผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่ม เสี่ยงและกลุ่มป่วยแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒.การส่งต่อเพื่อดูแลรักษา หมายถึง มีระบบการคัดกรอง ดูแลรักษา ตั้งแต่ การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการส่งต่อไปโรงพยาบาล ชุมชนในผู้สูงอายุในกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม ๓. ภาวะสมองเสื่อม หมายถึง ภาวะที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มี สาเหตุจากการเสื่อมสลายของเซลล์สมอง ส่งผลต่อการทำงานของสมอง หลายๆด้าน ความสูญเสียของสมองจะเกิดขึ้นอย่างถาวร จนส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตประจำวัน และความสามารถอยู่ร่วมกันในสังคม ๔. ภาวะหกล้ม หมายถึง ภาวะที่ร่างกายของบุคคลสูญเสียความสามารถใน การเดินและการทรงตัว ทำให้ล้มลงไปที่พื้น หรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดย ไม่ตั้งใจ												
เกณฑ์เป้าหมาย													
	<table border="1" data-bbox="293 1093 1402 1592"> <thead> <tr> <th data-bbox="293 1093 927 1205">ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="927 1093 1134 1205">ปีงบประมาณ ๒๕๖๘</th> <th data-bbox="1134 1093 1402 1205">ปีงบประมาณ ๒๕๖๙</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="293 1205 927 1301">ร้อยละ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดตั้ง จุดบริการผู้สูงอายุ</td> <td data-bbox="927 1205 1134 1301">๑๐๐</td> <td data-bbox="1134 1205 1402 1301">๑๑๙</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1301 927 1447">ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ รพ.หรือรพ.แพร์</td> <td data-bbox="927 1301 1134 1447">๕๐</td> <td data-bbox="1134 1301 1402 1447">๖๐</td> </tr> <tr> <td data-bbox="293 1447 927 1592">ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ รพ.หรือรพ.แพร์</td> <td data-bbox="927 1447 1134 1592">๖๐</td> <td data-bbox="1134 1447 1402 1592">๗๐</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ร้อยละ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดตั้ง จุดบริการผู้สูงอายุ	๑๐๐	๑๑๙	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ รพ.หรือรพ.แพร์	๕๐	๖๐	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ รพ.หรือรพ.แพร์	๖๐	๗๐
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙											
ร้อยละ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการจัดตั้ง จุดบริการผู้สูงอายุ	๑๐๐	๑๑๙											
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ รพ.หรือรพ.แพร์	๕๐	๖๐											
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อ การเกิดภาวะหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ รพ.หรือรพ.แพร์	๖๐	๗๐											
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม ได้รับการดูแลรักษาและส่งต่อ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ ๒. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคม ของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลจาก google sheet รายงานการส่งต่อภาวะสมองเสื่อม / ภาวะหกล้ม												

	<a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/๑YJoxBilDeKZmGRUIF a๙YBKDRFzNX-CrUELqX๕Kt_VM/edit?gid=๑๗๕๙๐๖๒๔๙๔#gid=๑๗๕๙๐๖๒๔๙๔">https://docs.google.com/spreadsheets/d/๑YJoxBilDeKZmGRUIF a๙YBKDRFzNX-CrUELqX๕Kt_VM/edit?gid=๑๗๕๙๐๖๒๔๙๔#gid=๑๗๕๙๐๖๒๔๙๔</a>
แหล่งข้อมูล	รายงานผลจาก google sheet รายงานการส่งต่อภาวะสมองเสื่อม / ภาวะ หกล้ม
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีจุดบริการผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมจากคัดกรอง ความถดถอย ๙ ด้านผู้สูงอายุ ( mini cog) และได้รับการคัดกรองซ้ำ ด้วย แบบคัดกรองMMSE -๒๐๐๒ ผู้สูงอายุได้รับดูแลรักษา หรือส่งต่อจากคลินิก ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังโรงพยาบาลชุมชน/ โรงพยาบาลแพร์
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะสมองเสื่อมจากคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านผู้สูงอายุ ( mini cog)
รายการข้อมูล ๕	E = จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มจากคัดกรองความ ถดถอย ๙ ด้านผู้สูงอายุ ( TUGT) โดยกลุ่มผู้สูงอายุเสี่ยงต่ำหรือปาน กลางได้รับดูแลรักษา หรือผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสูงได้รับการคัดกรองซ้ำ ด้วย แบบคัดกรอง Modified Thai-FRATได้รับดูแลรักษา หรือส่งต่อจากคลินิก ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไปยังโรงพยาบาล ชุมชน/โรงพยาบาลแพร์
รายการข้อมูล ๖	F = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะหกล้มจากคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านผู้สูงอายุ ( TUGT)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของรพ.สต. มีจุดบริการผู้สูงอายุ = $(A/B) \times ๑๐๐$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง เสื่อมและได้รับส่งต่อในคลินิกผู้สูงอายุ = $(C/D) \times ๑๐๐$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม และได้รับส่งต่อในคลินิกผู้สูงอายุรพ. = $(E/F) \times ๑๐๐$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานผลการดำเนินงานทุก ๖ เดือน

เกณฑ์การประเมิน : รอบ ๑๒ เดือน	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคลินิกบริการดูแล รักษา ส่งต่อผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม	ร้อยละ ๑๐๐
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการส่งต่อโรงพยาบาล	ร้อยละ ๕๐
ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาล	ร้อยละ ๖๐
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	ติดตามผลการดำเนินงานจาก google form รายงานผลจาก google sheet รายงานการส่งต่อภาวะสมองเสื่อม / ภาวะหกล้ม <a href="https://docs.google.com/spreadsheets/d/๑YJoxBiDeKZmGRUIFa๙YBKDRFzNX-CrUELqX๕Kt_VM/edit?gid=๑๗๕๙๐๖๒๔๙๔#gid=๑๗๕๙๐๖๒๔๙๔">https://docs.google.com/spreadsheets/d/๑YJoxBiDeKZmGRUIFa๙YBKDRFzNX-CrUELqX๕Kt_VM/edit?gid=๑๗๕๙๐๖๒๔๙๔#gid=๑๗๕๙๐๖๒๔๙๔</a>
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	๑. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) ๒. คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ ๓. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ๔. หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยาย ฯลฯ อื่น ๆ สามารถขอรับการสนับสนุนได้ที่สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ หรือสามารถดาวน์โหลดจาก website : <a href="http://agingthai.dms.moph.go.th">http://agingthai.dms.moph.go.th</a> ๕. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางสาวศิริพันธ์ทิพย์ สุพรรณ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เบอร์โทร ๐๕๔-๕๑๑๑๔๕ ต่อ ๓๐๒



ชื่อตัวชี้วัด	41.ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)
คำนิยาม	<p>1) ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p>2) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ซึ่งมีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน</p> <p>3) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL 5 - 11 คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL 0 - 4 คะแนน</p> <p>4) ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน ฟื้นฟู และสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีมีอายุยืนยาว</p> <p>5) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าร่วมโครงการ LTC หมายถึง ประชาชนทุกสิทธิ ทุกกลุ่มอายุ ที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน และอยู่อาศัยในพื้นที่ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมกองทุน LTC ได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) จาก Care Manager /Caregiver /บุคลากรสาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพ ตามชุดสิทธิประโยชน์</p> <p>6) แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญครอบครัว และผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือจากทีมผู้ให้การดูแลที่เกี่ยวข้อง</p>

	<p><b>7) การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ประกอบด้วย</b></p> <p>7.1) การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพด้วยแบบประเมิน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ทุกสัปดาห์ รอบ 9 เดือนและ 12 เดือน</p> <p>7.2) การประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน (ตามแนวทางที่ คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข กำหนดขึ้น)</p> <p>7.3) การประเมินพฤติกรรมการสุขภาพในแต่ละด้านผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>						
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b></p> <table border="1" data-bbox="293 898 1406 1182"> <thead> <tr> <th data-bbox="293 898 896 1010">ตัวชี้วัด</th> <th data-bbox="896 898 1137 1010">ปีงบประมาณ 2568</th> <th data-bbox="1137 898 1406 1010">ปีงบประมาณ 2569</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="293 1010 896 1182">ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)</td> <td data-bbox="896 1010 1137 1182">97</td> <td data-bbox="1137 1010 1406 1182">98</td> </tr> </tbody> </table>		ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)	97	98
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2568	ปีงบประมาณ 2569					
ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีการจัดทำแผนการดูแลสุขภาพรายบุคคล (Care Plan)	97	98					
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>1) เพื่อให้ Care Manager /Caregiver /อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และสหวิชาชีพ สามารถวางแผนการดูแล ส่งเสริม ฟื้นฟู และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบรอบด้านเป็นรายบุคคล และเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับครอบครัว และชุมชน</p> <p>2) เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดูแล และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว และช่วยเหลือตัวเองได้</p>						
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>2) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง</p>						
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>- ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน ผ่านระบบ Blue Book Application เพื่อเชื่อมกับการจัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</p>						

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) เพื่อนำ Care Plan เสนอต่อคณะกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล เพื่อขอรับการจัดสรรงบประมาณการดูแลระยะยาวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่โอนงบประมาณผ่านกองทุน LTC ระดับตำบล</li> <li>- Care Manager บันทึกข้อมูลผลการอนุมัติ Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และกรมอนามัย</li> <li>- กรมอนามัยรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยดึงข้อมูลการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) ส่วนกลาง จากนั้นกรมอนามัยจะดำเนินการตรวจสอบความถูกต้อง และรายงานตัวชี้วัดในระบบ Health KPI กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คืบข้อมูลให้กับศูนย์อนามัยเขต เพื่อส่งคืนข้อมูลให้กับหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในการนำไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับพื้นที่ต่อไป</li> </ul>
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Blue Book Application</li> <li>2. โปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย</li> <li>3. ระบบโปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>4. Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข</li> <li>5. ระบบ HealthKPI กระทรวงสาธารณสุข</li> </ol> <p>หมายเหตุ: ทุกแหล่งข้อมูลมาจากฐานข้อมูลหลัก Blue Book Application และโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการจัดทำ Care Plan
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดในพื้นที่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan $(A/B) \times 100$

เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2569:			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. คัดกรองผู้สูงอายุด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 60</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. คัดกรองผู้สูงอายุด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และ ร้อยละ 80</li> <li>- Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบ โปรแกรม Long Term Care (3C) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 90</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. คัดกรองผู้สูงอายุด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 85</li> <li>- Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบ โปรแกรม Long Term Care (3C) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 95</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ปฏิบัติงานในรพ.สต. คัดกรองผู้สูงอายุด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ร้อยละ 90</li> <li>- Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบ โปรแกรม Long Term Care (3C) และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan ร้อยละ 98</li> </ul>
วิธีการประเมินผล :	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ประเมิน ADL และคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน</li> <li>2) Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C)</li> <li>3) ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL เปลี่ยนแปลงดีขึ้น</li> </ol>		
เอกสารสนับสนุน :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย</li> <li>- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (3C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager / Caregiver กรมอนามัย</li> </ul>		



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager / Caregiver กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community)</li> <li>- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</li> <li>- กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</li> <li>- แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</li> <li>- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- คู่มือการใช้กรมโปรแกรม Long Term Care (3C)</li> <li>- คู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)</li> </ul>
<p><b>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน</b></p>	<p>นายเสกสรรค์ ช้างเขียว นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ เบอร์โทร 054- 511145 ต่อ 302</p>



## ภาคผนวก

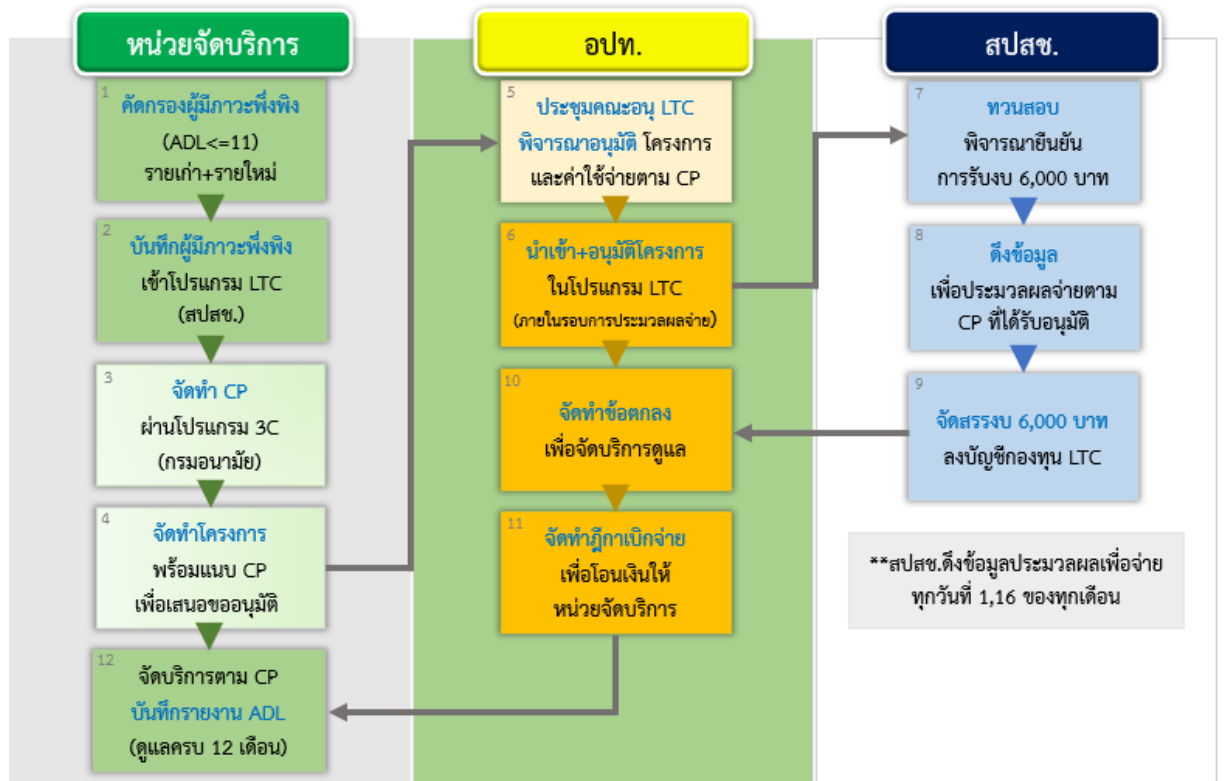
## ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุแยกรายอำเภอ

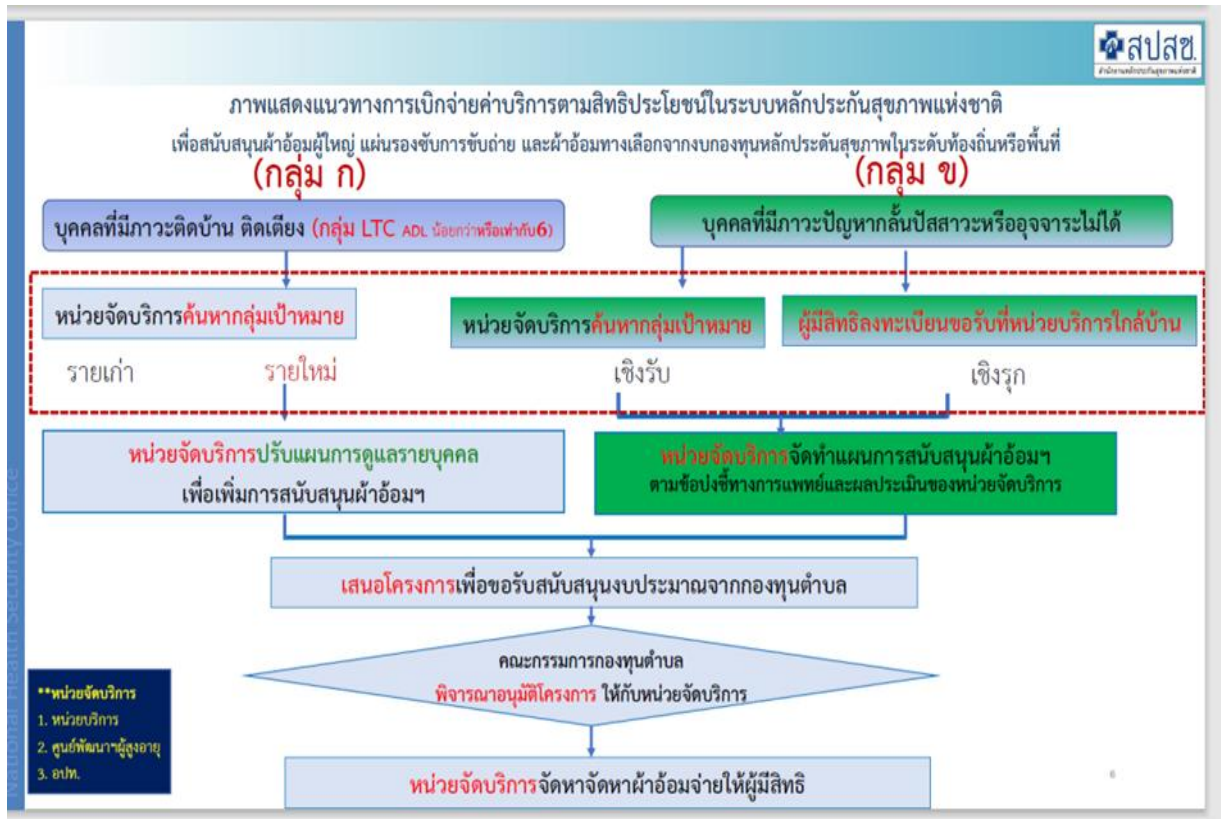
อำเภอ	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด
เมืองแพร่	31,299
ร้องกวาง	11,906
ลอง	14,066
สูงเม่น	21,680
เด่นชัย	8,384
สอง	12,593
วังชิ้น	11,878
หนองม่วงไข่	5,030
รวม	116,836

ณ 29 พฤศจิกายน 2568 HDC

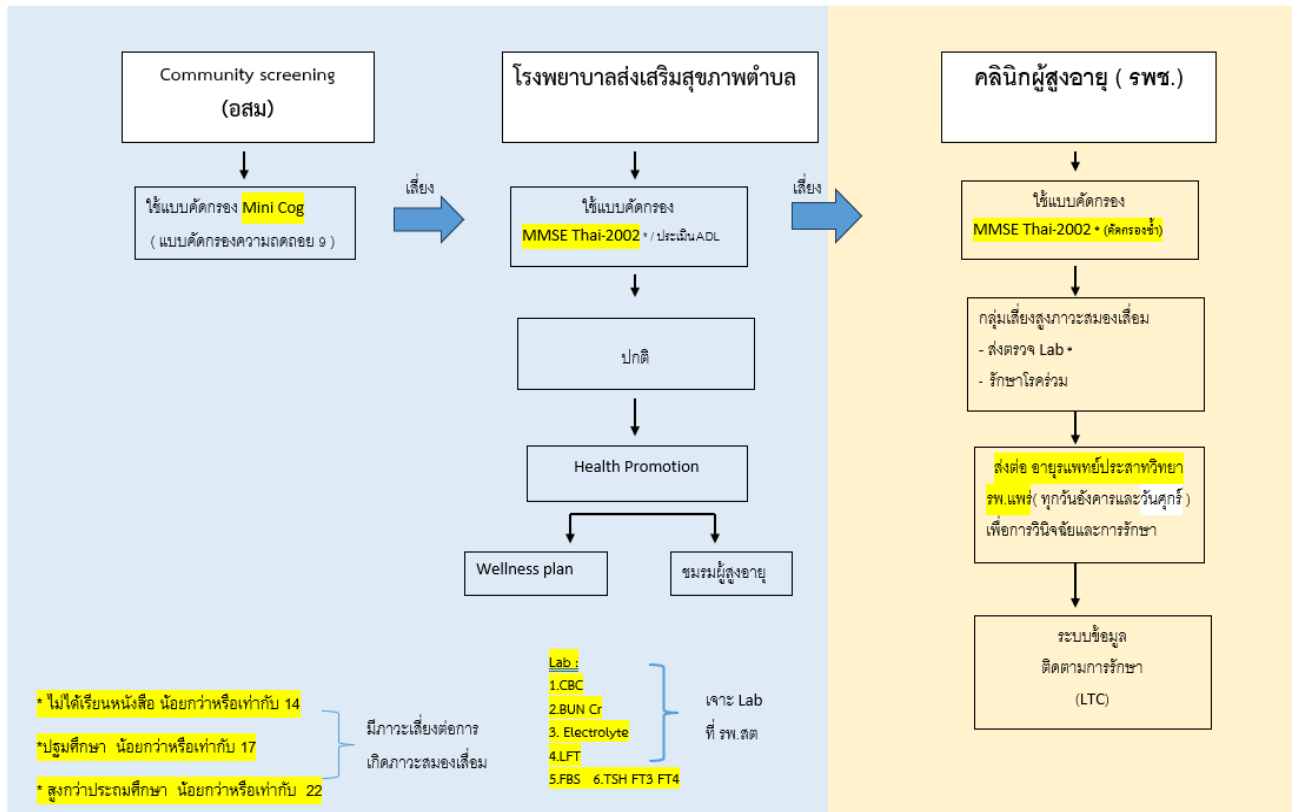


กรอบวิธีการดำเนินงานเพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการบันทึกโปรแกรมข้อมูลดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (โปรแกรม LTC) ผ่าน เว็บไซต์ <https://ltcnew.nhso.go.th/>

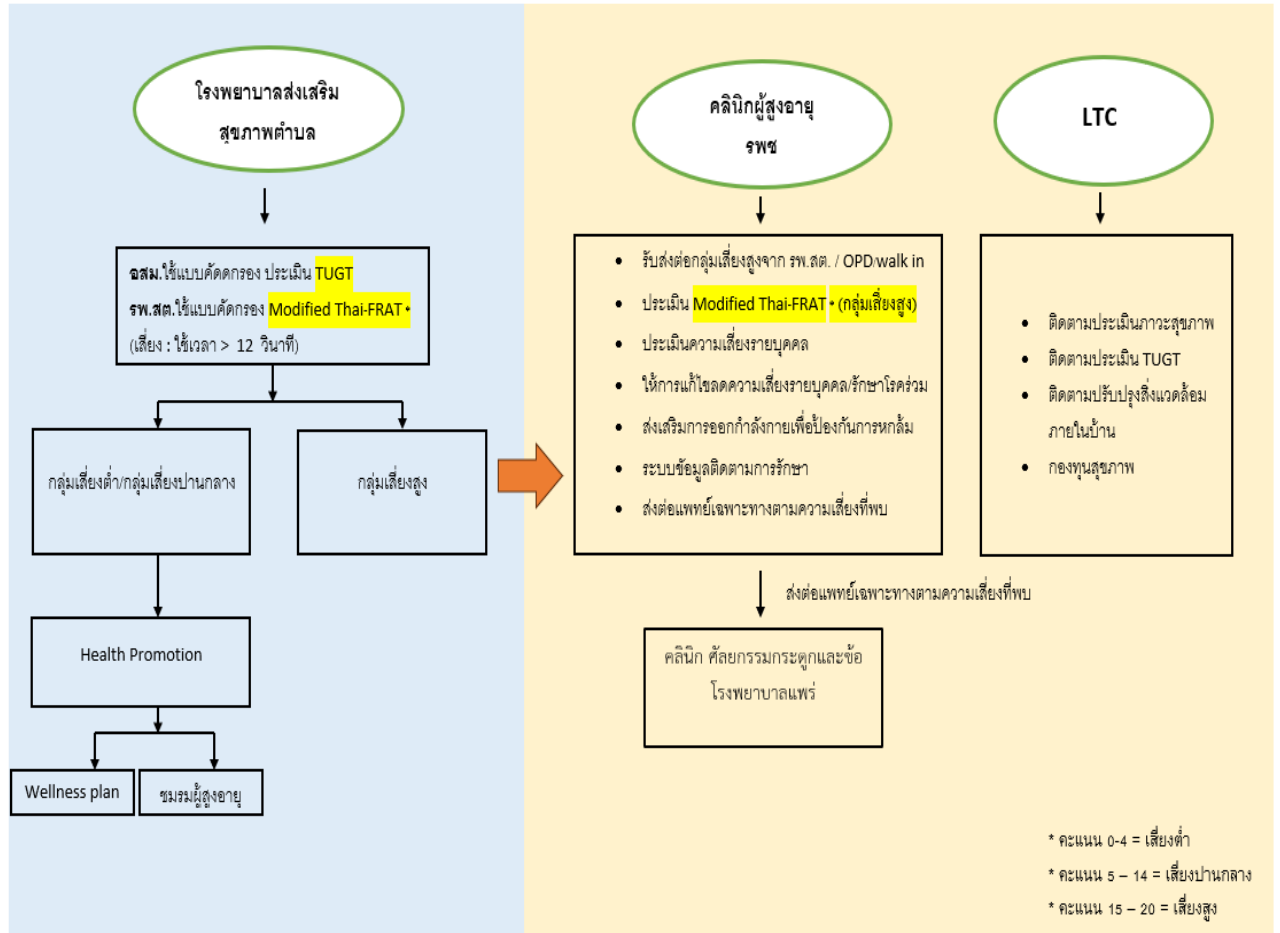




ระบบการคัดกรองและส่งต่อ  
ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม



ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม



รายงานผลจาก google sheet รายงานการส่งต่อภาวะสมองเสื่อม / ภาวะทกถ้ม

[https://docs.google.com/spreadsheets/d/1YJoxBilDeKZmGRUIFa9YBKDRFzNX-CrUELqX5Kt\\_VM/edit?gid=1759062494#gid=1759062494](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1YJoxBilDeKZmGRUIFa9YBKDRFzNX-CrUELqX5Kt_VM/edit?gid=1759062494#gid=1759062494)

QR CODE รายงานการส่งต่อภาวะสมองเสื่อม / ภาวะทกถ้ม



แบบรายงานผลการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และภาวะหกล้ม (อบจ) ปีงบประมาณ 2568  
ไฟล์ แก้ไข ดู แทรก รูปแบบ ข้อมูล เครื่องมือ ส่วนขยาย ความช่วยเหลือ

เมนู 75% B % .0 .00 123 TH Sar... 16 + B I A

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1	คำนำหน้า	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	รพ.สต. ที่ปฏิบัติงานในปัจจุบัน	เบอร์โทรศัพท์ติดต่อดี	E-mail	รายงานผลการคัดกรอง ไตรมาสที่ 1-2	จำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการใน รพ.สต.	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม (คน) (หากไม่มีให้ใส่ 0)	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้ม ได้รับการส่งต่อรพ. หรือรพ.แม่ข่าย (คน) (หากไม่มีให้ใส่ 0)	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (คน) (หากไม่มีให้ใส่ 0)	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองพบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ได้รับการส่งต่อรพ. หรือรพ.แม่ข่าย (คน) (หากไม่มีให้ใส่ 0)
2												
3												
5												
10												
13												
15												
17												
19												
29												
30												
31												
33												
36												
37												
39												
44												
52												
59												
72												
73												
78												
81												
92												



กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่

☎ 054-532-485

☎ 054-511-145 ต่อ 306