

คู่มือ

การประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



งานนิเทศงานและประเมินผล
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๗ ๗๘๑๑ โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๘๑๑

คำนำ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ครั้ง/ปี เพื่อเป็นการติดตามผลงาน การแปลงแผนยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติระดับอำเภอและระดับกลุ่มงาน โดยมีเครื่องมือคือ คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางและรายละเอียดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๒ จะช่วยให้อำเภอได้เตรียมความพร้อมในการรับการประเมินตามตัวชี้วัด และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ประเมินระดับจังหวัด ให้การประเมินผลเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน และคู่มือฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของคณะผู้บริหารระดับสูง และคณะผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการของจังหวัดมหาสารคาม ที่รับผิดชอบตัวชี้วัดทุกท่าน คณะอนุกรรมการ ในระดับจังหวัดที่ได้ตรวจสอบและเสนอแนะในการทำรายละเอียดการวัด (Template) คณะผู้จัดทำหวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในการนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

คณะทำงาน

๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

งานนิเทศงานและประเมินผล

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๓๑๓ โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๗ ๗๘๑๑ โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๘๑๑

ที่ปรึกษา

คณะที่ปรึกษา

๑. นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๒. นายหัสชา เน้อยทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
๓. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
๔. นางรุ่งทิพย์ มั่นคง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
๕. นายวิวัฒน์ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
๖. นางวัฒนา นันทะแสน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)
๗. นายบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
๘. นายวิฑูรย์ ละอองทอง	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
๙. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๑๐. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๑๑. นายกฤษณ์ โปธิศรี	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๑๒. นางวันเพ็ญ ต้นสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานนิติการ
๑๓. นางแฉล้ม รัตนพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๑๔. นางไศภิตา จิตรวิภานต์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๑๕. นางเพชรวรรณ คุณสกุลรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๑๖. นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
๑๗. นางสุธิตา คณะมะ	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
๑๘. นายประวีติ แปลงมาลัย	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
๑๙. นางเอมอร สุทธิสา	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๒๐. นางสาวสุรียันต์ ซ่อประพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้จัดทำรูปแบบเอกสาร

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๒. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๓. นางสาวศุภานาถ รัตนดาตาศ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๔. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ออกแบบปก

๑. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๒. นายสุเมธ ระโยธี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์

สารบัญ

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
คำนำ		ก
ที่ปรึกษา		ข
สารบัญ		ค
กรอบและหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม		๑
รายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม		๒๔
ตัวชี้วัดที่ ๑	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๒๕
ตัวชี้วัดที่ ๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่จัดบริการตามหลักเกณฑ์คุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)	๓๔
ตัวชี้วัดที่ ๓	ร้อยละคะแนนของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตกดาว	๕๐
ตัวชี้วัดที่ ๔	ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลและมีการจัดการซื้อตัวยาด้านจุลชีพ	๕๕
ตัวชี้วัดที่ ๕	ความสำเร็จของโครงการควบคุมวัณโรค ตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ	๖๔
ตัวชี้วัดที่ ๖	ความสำเร็จของเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๗๘
ตัวชี้วัดที่ ๗	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	๑๐๙
ตัวชี้วัดที่ ๘	ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๑๑๖
ตัวชี้วัดที่ ๙	ร้อยละคะแนนผลการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN hospital	๑๔๙
ตัวชี้วัดที่ ๑๐	ความสำเร็จของการดำเนินงาน Fast Track ใน ๓ กลุ่มโรค (Stroke Sepsis Trauma)	๑๖๕
ตัวชี้วัดที่ ๑๑	ร้อยละของผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์หยุดเสพต่อเนื่องและคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ ๑ ปี	๑๗๖
ตัวชี้วัดที่ ๑๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการเงินการคลัง	๑๘๓
ตัวชี้วัดที่ ๑๓	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	๑๙๓
ตัวชี้วัดที่ ๑๔	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๒๐๐
ตัวชี้วัดที่ ๑๕	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	๒๐๓

ลำดับ	เรื่อง	หน้า
ตัวชี้วัดที่ ๑๖	ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม	๒๒๑
ตัวชี้วัดที่ ๑๗	ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๒๒๓
ตัวชี้วัดที่ ๑๘	ร้อยละของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป บริโภคยาสูบ และได้รับการติดตามบำบัด	๒๓๑
ตัวชี้วัดที่ ๑๙	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒๓๘
ภาคผนวก		๒๔๖
	แบบรายงานสรุปผลการตนเองตามตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ จังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ (SAR)	๒๔๗
	คำสั่งคณะกรรมการกั่นกรองตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการอำเภอ (KPIs) ตามคำสั่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ ๑๗๙/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๑	๒๕๕
	คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ ๖๕/๒๕๖๒ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ ประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ ลงวันที่ ๑๖ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒	๒๕๘

กรอบและหลักเกณฑ์
การประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

รายละเอียดตัวชี้วัด (Template)
การประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๒
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ภาคผนวก

กรอบและหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP)

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

งานนิเทศงานและประเมินผล

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒

หลักการและที่มา

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานระดับอำเภอ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ครั้ง/ปี ครอบคลุมทั้ง ๑๓ อำเภอ ในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๖๒ เพื่อติดตามการปฏิบัติงานของหน่วยงานระดับอำเภอ และนำผลจากการประเมินเป็นข้อมูลในการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งในการประเมินผลการปฏิบัติราชการดังกล่าวจำเป็นต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อเป็นเครื่องมือวัดผลสำเร็จในการปฏิบัติงาน โดยตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการนี้ สอดคล้องกับ ๑) แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ๒) คำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๒ กระทรวงสาธารณสุข ๓) ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดและนโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และ สอดคล้องกับการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒ และ ๔) ปัญหาจากการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ปี ๒๕๖๑ ที่มีคะแนน ไม่ผ่านเกณฑ์ รายละเอียด ดังนี้

๑. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

วิสัยทัศน์

เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนจังหวัดมหาสารคามสุขภาพดี

เป้าหมาย

- ประชาชนสุขภาพดี
- เจ้าหน้าที่มีความสุข
- ระบบสุขภาพยั่งยืน

ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี ๒๕๖๔

- อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า ๗๗ ปี
- อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE)

ไม่น้อยกว่า ๖๗ ปี

- ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
- ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
- การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
- ความครอบคลุม (Coverage) ของแพทย์และเตียง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อ ๓,๐๐๐ ประชากร และ สัดส่วนเตียง ๒.๓ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร
- มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕

๘. มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๓

ตัวชี้วัดหลักระดับองค์กร (Corporate KPIs) เป้าหมายในปี ๒๕๖๙

๑. อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy: LE) ไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี
๒. อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี
๓. ดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
๔. ดัชนีสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐
๕. การเข้าถึง (Access) อัตราการเข้าถึงบริการแพทย์แผนไทย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐
๖. ความครอบคลุม (Coverage) ของแพทย์และเตียง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สัดส่วนแพทย์ ๑ คน ต่อ ๑,๕๐๐ ประชากร และ สัดส่วนเตียง ๒ ต่อ ๑,๐๐๐ ประชากร
๗. มีคุณภาพ (Quality) สถานบริการได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑๐๐

๘. มีธรรมาภิบาล (Governance) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านการประเมิน ITA ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕

จุดยืนองค์กร (ในฐานะหน่วยงานส่วนภูมิภาค)

บริหารจัดการหน่วยบริการและขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ

พันธกิจ

๑. ส่งเสริม สนับสนุนประชาชนและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพให้มีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน เพื่อสร้างสุขภาวะอย่างยั่งยืน
๒. พัฒนาคุณภาพบริการและเครือข่ายบริการด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพและได้มาตรฐาน
๓. พัฒนาระบบบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เพื่อให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานและมีสุขภาพดี
๔. พัฒนาระบบบริหารจัดการสุขภาพ เพื่อให้เป็นไปตามหลักธรรมาภิบาล

ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

เป้าหมายการพัฒนา : ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

- ๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี
- ๒) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที
- ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีระบบการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน
- ๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

เป้าหมายการพัฒนา : ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

- ๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน
- ๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน
- ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัย
- ๕) มีความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ

เป้าหมายการพัฒนา : ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

- ๑) มีแผนอัตรากำลังที่สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของจังหวัด
- ๒) มีการกระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพให้มีความสมดุลกัน
- ๓) มีการธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ

เป้าหมายการพัฒนา : ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

- ๑) ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มี ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ
- ๒) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ และระหว่างทุกหน่วยบริการทุกระดับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
- ๓) มีการสร้างและพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- ๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ
- ๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดอย่างเหมาะสม

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

ยุทธศาสตร์/แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔	มอบหมายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบหลัก
๑. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)		
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย		
*๑. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มสตรีและเด็ก ปฐมวัย	๑) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน (ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒) อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๓) อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐	
	๔) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็ก และโฟลิก (ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๕) ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกิน ร้อยละ ๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๖) อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพัน การเกิดมีชีพ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๗) อัตราส่วนการตายมารดาไทย (ไม่เกิน ๑๕ ต่อแสนประชากร)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๘) ความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน ๘.๑) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ ๙๕) ๘.๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ร้อยละ ๑๐๐) ๘.๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (มากกว่าร้อยละ ๓๐) ๘.๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการ การติดตาม (ร้อยละ ๑๐๐) ๘.๕) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการ ส่งต่อ (ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๙) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๖๓) และ ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี (ช.๑๑๓/ญ.๑๑๒ ซม.)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๐) ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์และทารก แรกเกิดขาดสารไอโอดีน ระดับ ๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๑) ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยเรียนและ วัยรุ่น	๑๒) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐ (กลุ่มเสี่ยง ได้รับการกระตุ้นร้อยละ ๖๐)
๑๓) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (ร้อยละ ๖๘)		กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ยุทธศาสตร์/แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔	มอบหมายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบหลัก
	๑๔) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป (ร้อยละ ๘๐)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๑๕) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ร้อยละ ๖๐)	กลุ่มงานทันต สาธารณสุข
	๑๖) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (ไม่เกิน ๓๔ ต่อพัน)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๗) ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๘) ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุ ๑๕-๑๙ ปี (ไม่เกิน ร้อยละ ๙.๐)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๓. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยทำงาน	๑๙) ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ ๕๖)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๔. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๒๐) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ ๙๕)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒๑) อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มขึ้นหรือคงที่ (Healthy Ageing)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒๒) รพช. มีหน่วยบริการผู้สูงอายุอย่างน้อยร้อยละ ๗๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ		
*๕. โครงการการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ (พขอ.)	๒๓) ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ที่มีคุณภาพ (ร้อยละ ๘๐)	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ		
๖. โครงการพัฒนาระบบ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และภัยสุขภาพ	๒๔) ร้อยละของอำเภอมียุทธศาสตร์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
๗. โครงการควบคุม โรคติดต่อ	๒๕) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก (ร้อยละ ๙๔)	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๒๖) ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย (ร้อยละ ๖๗)	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๒๗) ร้อยละ ๑๐๐ ของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ปลอดโรคคนปลอดภัย	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๒๘) ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ ของค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (พ.ศ.๒๕๕๖-๒๕๖๐) และร้อยละ ๗๐ ของตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ

ยุทธศาสตร์/แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔	มอบหมายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบหลัก
๘. โครงการควบคุมโรค ไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๒๙) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี (ไม่เกิน ๓ ต่อแสนประชากร)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๓๐) อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๑๘ ต่อแสน)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๓๑) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (ไม่เกิน ร้อยละ ๒.๑๖) และความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและ สงสัยป่วยให้วัดความดันโลหิตสูงที่บ้าน \geq ร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๓๒) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับ ดีเด่น (ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๓๓) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ใน โรงพยาบาล	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	**๓๔) ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ในปี ๒๕๖๒)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๓๕) ปริมาณการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป (ไม่เกิน ๖.๘๑ ลิตร/คน/ปี)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๓๖) ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
๙. โครงการส่งเสริมและ พัฒนาความปลอดภัย ด้านอาหาร	๓๗) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความ ปลอดภัย (ร้อยละ ๗๕)	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
๑๐. โครงการคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพและบริการ สุขภาพ	๓๘) ร้อยละของผลิตภัณฑ์และสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับ การตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๙๙)	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	๓๙) ร้อยละ ๑๐๐ ของสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด (ร้อยละ ๖๕)	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	๔๐) ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยา ปลอดภัยในชุมชน	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข

ยุทธศาสตร์/แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔	มอบหมายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบหลัก
	๔๑) ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้าน ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและ ปกป้องสิทธิประชาชนได้ (ระดับ ๕)	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
แผนงานที่ ๔ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม		
*๑๑. โครงการบริหาร จัดการสิ่งแวดล้อม	๔๒) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตาม เกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital (ระดับดีมากขึ้นไปร้อยละ ๔๐ และระดับ ดีมาก Plus จังหวัดละ ๑ แห่ง)	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
	๔๓) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการควบคุมการ จัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
๑๒. โครงการคุ้มครอง สุขภาพประชาชนจาก มลพิษสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	๔๔) จังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก)	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
๒. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)		
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)		
*๑๓. โครงการพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๔๕) ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) (ร้อยละ ๓๖)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๔๖) ร้อยละ ๘๕ ของอำเภอที่มีระดับความสำเร็จในการจัดการ แก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพสำคัญของจังหวัด ด้วยกลไก พชอ. และหมอครอบครัว ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและ ท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย ๑.MCH/ พัฒนาการและ IQ ๒.OV/CCA ๓.DM/HT/CKD ๔.CVD Risk)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๔๗) ร้อยละ ๙๐ ของตำบลที่จัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ผ่าน ตามเกณฑ์ที่กำหนด (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย ๑.MCH/ พัฒนาการและ IQ ๒.OV/CCA ๓.DM/HT/CKD ๔.CVD Risk)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๔๘) ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพ และสนับสนุนการดำเนินงาน ปฐมภูมิและชุมชนตามเกณฑ์ จัดบริการสุขภาพและสนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชน จำนวน ๔ ด้าน คือ (๑) ด้านการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค พื้นฟูสมรรถภาพและรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก ผ่านกองทุน หลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ร้อยละ ๑๐๐) (๒) ด้าน การคุ้มครองผู้บริโภค(ร้อยละ ๑๐๐) (๓) ด้านบริการด้านแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ ๘๐) (๔) ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ (ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๔๙) ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มี คุณภาพ (\geq ร้อยละ ๖๐) และอัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ (ร้อยละ ๓๕)	กลุ่มงานทันต สาธารณสุข

ยุทธศาสตร์/แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔	มอบหมายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบหลัก
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)		
**๑๔. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๕๐) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (DM \geq ร้อยละ ๔๐/HT \geq ร้อยละ ๕๐)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๕๑) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (\geq ร้อยละ ๙๐)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๕๒) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (ไม่เกินร้อยละ ๗)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
*๑๕. โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๕๓) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) (RDU ขั้นที่ ๑ มากกว่าร้อยละ ๙๕/ขั้นที่ ๒ มากกว่าร้อยละ ๒๐) และร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) (ระดับ Intermediate มากกว่าร้อยละ ๒๐)	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
๑๖. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	๕๔) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง (ลดลง ร้อยละ ๑๐)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๑๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด	๕๕) อัตราตายทารกแรกเกิด (<๒.๕ ต่อพัน)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๑๘. โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) และการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน	๕๖) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๑๙. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย	๕๗) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ ๓๐)	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
๒๐. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๕๘) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (ร้อยละ ๗๐)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๕๙) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (\leq ๖.๐ ต่อแสน พชก.)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
๒๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม	๖๐) อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๔ ในกลุ่มผู้ป่วย [รวมผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้าน และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์/แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔	มอบหมายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบหลัก
กุมารเวชกรรม และ ออโรโธปิดิกส์)	(รหัส Z ๕๑.๕)] และน้อยกว่าร้อยละ ๔๘ ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis	
	๖๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture (๑) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะ กระดูกหักซ้ำ (Refracture) (< ร้อยละ ๒๐) (๒) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๗๒ ชั่วโมง หลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery) (>ร้อยละ ๕๐)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๒. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๖๒) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลาย ลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้ (ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๖๓) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (๒๔ ต่อแสน ปชก.)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๓. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	๖๔) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายใน ระยะเวลาที่กำหนด (ร้อยละ ๘๒)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๖๕) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ (๒๓.๗ ต่อแสน ปชก.)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๖๖) อัตราตายจากมะเร็งปอด (๑๙ ต่อแสน ปชก.)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
**๒๔. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๖๗) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr (ร้อยละ ๖๙)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
๒๕. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	๖๘) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (ร้อยละ ๘๕)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๖. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	๖๙) อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมอง ตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (๑.๐ ต่อ ๑๐๐)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
*๒๗. โครงการพัฒนา ระบบการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด	๗๐) ร้อยละผู้ติดยาเสพติด ที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและ ได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
	๗๑) ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดของ แต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ month remission rate)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อสุขภาพจิตและ ยาเสพติด
๒๘. โครงการพัฒนา ระบบการดูแลระยะ กลาง (Intermediate Care)	๗๒) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การ บริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง แบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) (ร้อยละ ๕๐)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์/แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔	มอบหมายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบหลัก
๒๙. โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery	๗๓) ร้อยละ ๑๕ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One day Surgery : จำนวน ๑๒ กลุ่มโรค (เฉพาะปี ๒๕๖๑) และเพิ่มอัตราการอย่างน้อย ร้อยละ ๕ ต่อปี	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๓๐. โครงการพัฒนาระบบบริการ Minimally Invasive Surgery	๗๔) ร้อยละ ๒๕ ของจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ Minimally Invasive Surgery : จำนวน ๒ กลุ่มโรค (เฉพาะปี ๒๕๖๑) และเพิ่มอัตราการอย่างน้อยร้อยละ ๕ ต่อปี	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ		
*๓๑. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	๗๕) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) (ร้อยละ ๑๒)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	๗๖) ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ (ร้อยละ ๗๐)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
	๗๗) อัตราตายของผู้ป่วยฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล A, S, M๑	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ		
๓๒. โครงการเฉลิมพระเกียรติ	*๗๘) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ร้อยละ ๘๕)	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
	*๗๙) ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) \geq ร้อยละ ๙๐ ของค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๗๒/แสนประชากร)	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
	**๘๐) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ ๘๐)	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
	๘๑) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE (ระดับ ๕)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
แผนงานที่ ๙ : อุตสาหกรรมทางการแพทย์		
๓๓. โครงการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์	๘๒) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร ระดับ ๕	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๓. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)		
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ		
๓๔. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	๘๓) ระดับความสำเร็จของจังหวัดที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิต และพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ทั้ง ๕ องค์กรประกอบ	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
	๘๔) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๘๕)	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

ยุทธศาสตร์/แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔	มอบหมายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบหลัก
*๓๕. โครงการ Happy MOPH กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแห่งความสุข	๘๕) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้ (ร้อยละ ๙๐)	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
	๘๖) ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
	๘๗) จำนวนหน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุขจังหวัดละ ๑ แห่ง	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
๓๖. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ	๘๘) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๗๐)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	๘๙) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพครอบครัว (ร้อยละ ๗๐)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๔. ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)		
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ		
๓๗. โครงการประเมินคุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง	๙๐) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA (ร้อยละ ๙๐)	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	๙๑) ร้อยละ ๓๐ ของการจัดซื้อจัดจ้างของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุ วิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
	๙๒) ร้อยละ ๒๐ ของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	๙๓) ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ได้รับการดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน) (ร้อยละ ๙๐)	กลุ่มงานนิติการ
*๓๘. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ	๙๔) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สสจ./สสอ.ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๙๕) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ (รพท./รพช.ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
	๙๖) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว (ระดับ ๕ ดาว ร้อยละ ๗๕)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ		
๓๙. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ (NHIS)	๙๗) ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัด น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๙๘) ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้องครบถ้วน มากกว่าร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๔๐. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)	๙๙) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE)) (ร้อยละ ๖๐)	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ยุทธศาสตร์/แผนงาน/ โครงการ	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔	มอบหมายกลุ่มงาน ที่รับผิดชอบหลัก
	๑๐๐) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record) (ร้อยละ ๕)	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
*๔๑. โครงการ Smart Hospital	๑๐๑) จังหวัดมีการดำเนินการ Digital Transformation ตาม เกณฑ์ที่กำหนด	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๐๒) มีการใช้ Application สำหรับ PCC ใน PCC ทุกแห่ง	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๐๓) รพท./รพช. มีระบบ electronic Queue ทุกแห่ง	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
แผนงานที่ ๑๓ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
*๔๒. โครงการบริหาร จัด การด้านการเงิน การคลัง	๑๐๔) ไม่มีหน่วยบริการประสบภาวะวิกฤตทางการเงินระดับ ๕ ขึ้นไป	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๑๐๕) คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ (ร้อยละ ๘๕)	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ		
๔๓. โครงการพัฒนา งานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและ เทคโนโลยีทางการแพทย์	๑๐๖) ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ (ร้อยละ ๔๐)	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๐๗) ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและพัฒนา ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณทั้งหมด	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๐๘) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพหรือพัฒนา ต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ (CUP ละ ๕ เรื่อง)	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๐๙) จำนวนงานวิจัยสมุนไพร/งานวิจัยการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาด (CUP ละ ๕ เรื่อง)	กลุ่มงานการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก
แผนงานที่ ๑๕ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ		
๔๔. โครงการปรับ โครงสร้างและพัฒนา กฎหมายด้านสุขภาพ	๑๑๐) ร้อยละ ๑๐๐ ของการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวง สาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตามกฎหมาย ((๑) พรบ.ควบคุม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.๒๕๕๑ (๒) พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ ยาสูบ พ.ศ.๒๕๖๐ (๓) พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ (๔) พรบ.อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ (๕) พรบ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)	กลุ่มงานนิติการ

หมายเหตุ

๑. จังหวัดมหาสารคาม ไม่อยู่ในพื้นที่พิเศษ แต่ได้ดำเนินการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมตามข้อสั่งการของ นพ.สสจ.มค. โดยรวมไว้ในโครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง

๒. ตัวชี้วัด (ตัวอักษรเอน) เป็นตัวชี้วัดที่ยกมาจากปี ๒๕๖๑ เพราะเป็นปัญหาจังหวัดที่ต้องดำเนินการต่อเรื่องในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๔

๓. โครงการที่มี* คือ PA ของกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒ และส่วน** คือ PA จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ (นพ.สสจ.มค.สั่งการ) ประกอบด้วย ๑) NCD/CKD และ ๒) มะเร็งปากมดลูก ๓) โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้รับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (ระดับอำเภอ) มีความรู้ ความเข้าใจแนวทาง และรายละเอียด การประเมินผลการปฏิบัติราชการที่ตรงกัน และตรงกับกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

๒. เพื่อให้ผู้รับการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ มีความพร้อมในการรับการประเมินผล และเตรียมเอกสารหลักฐานตัวชี้วัดตามแนวทางการประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้มอบหมายให้ทุกกลุ่มงานจัดทำรายละเอียด ตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อนำไปประกอบการบริหารจัดการ งานสาธารณสุข/บริหารงานบุคคลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ และได้จัดทำกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ เพื่อจัดสรรสิ่งจูงใจและสร้างขวัญกำลังใจให้ระดับ อำเภอ โดยให้สอดคล้องกับคำรับรองการปฏิบัติราชการของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒ ดังนี้

กระบวนการจัดทำตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

๑) การคัดเลือกตัวชี้วัดจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารสาธารณสุข (กบห.) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ ในวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

๒) ประชุมคณะทำงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการอำเภอ (KPIs) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๑ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ ในวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

๓) ประชุมพิจารณาตัวชี้วัดของคณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการอำเภอ (KPIs) ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ ๑๗๙/๒๕๖๒ ลงวันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๑ ในวันที่ ๑๓, ๑๙, ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

๔) การนำเสนอรายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ ในวันที่ ๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๑ ของผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด

๕) การพิจารณาคำนำหนักตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

๖) การนำเสนอตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๒ เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (กวป.) ประจำปีเดือนมกราคม ๒๕๖๒ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒

๗) การประชุมชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ให้ระดับอำเภอทราบ ผ่านระบบ VDO Conference ในวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ ที่ห้องประชุมทัตติม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๘) การประชุมรับรองตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) ประจำปี ๒๕๖๒ ในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (กวป.) และการประชุมเดือนมกราคม ๒๕๖๒ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๒ วันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒ และทำการจับ

สลากรวันที่ออกประเมินโดยผู้บริหารระดับ CUP ในการประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (กวป.) และการประชุมเดือนมีนาคม ๒๕๖๒ ครั้งที่ ๓/๒๕๖๒ วันที่ ๒๙ มีนาคม ๒๕๖๒ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. หลักการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑.๑ เกณฑ์การคัดเลือกตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ปี ๒๕๖๒ นำหนัก ร้อยละ ๙๖

โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาการคัดเลือกตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ดังนี้
๑) คำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๒ กระทรวงสาธารณสุข ๒) ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาของจังหวัด และท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามได้กำหนดให้เป็น PA ของระดับจังหวัด และสอดคล้องกับการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒

ตารางที่ ๑ ตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการย้อนหลัง ๒๕๕๖-๒๕๖๒

ปีงบประมาณ	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
จำนวนตัวชี้วัด	๓๓	๔๘	๔๐	๔๔	๓๗	๒๐	๑๙
ตัวชี้วัด (KPIs) (ร้อยละ)	๙๕	๙๕	๙๕	๙๖	๙๖	๙๖	๙๖
ผลงานเด่น (ร้อยละ)	๕	๕	๕	๔	๔	๔	๔

๑.๒ การพิจารณาผลงานเด่น/รางวัล นำหนักร้อยละ ๔ (พิจารณาเฉพาะผลงานเด่นที่ได้รับรางวัลจากการประกวดระดับประเทศ/ภาค/เขต/จังหวัดเท่านั้น) โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละรางวัล แบ่งเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑

๑) รางวัลที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการจัดประกวดเอง
๒) รางวัลที่ไม่ได้ผ่านการประกวดของ สสจ.มค. ในทุกระดับ แต่ต้องมีหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้หน่วยงานในควบคุมกำกับทุกระดับส่งผลงาน/วิชาการ เพื่อประกวดในระดับที่สูงขึ้นไปจากระดับจังหวัด โดยไม่ผ่านการประกวดในระดับจังหวัด ซึ่งผลการประกวดนั้นต้องแนบพร้อมทั้งหนังสือสั่งการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในเรื่องนั้นๆ จึงจะมีผลต่อการให้คะแนนได้

ประเภทรางวัล	ค่าคะแนน / รางวัล			
	รางวัลที่ ๑	รางวัลที่ ๒	รางวัลที่ ๓	รางวัลชมเชย
ระดับประเทศ	๑๕	๑๒	๙	๓
รางวัลระดับเขต/ภาค	๑๐	๘	๖	๒
รางวัลระดับจังหวัด	๕	๔	๓	๑

หมายเหตุ รางวัลดีเด่น/รางวัลยอดเยี่ยม/รางวัลดีเยี่ยมจากการประกวด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ รางวัลที่ ๑ โดยคะแนนแต่ละระดับจะไม่ขึ้นตรงต่อกัน

ส่วนที่ ๒

รางวัลที่ สสจ.มค. ไม่ได้ดำเนินการจัดการประกวด และไม่มีหนังสือของ สสจ.มค. แต่
อำเภอดำเนินการจัดส่งไปประกวดเอง คิดค่าคะแนนลดลง ๕๐ เปอร์เซ็นต์ของส่วนที่ ๑ ดังนี้

ประเภทรางวัล	ค่าคะแนน / รางวัล			
	รางวัลที่ ๑	รางวัลที่ ๒	รางวัลที่ ๓	รางวัลชมเชย
ระดับประเทศ	๗.๕	๖	๔.๕	๑.๕
รางวัลระดับเขต/ภาค	๕	๔	๓	๑

โดยผลงานเด่น/รางวัล กำหนดเกณฑ์การให้ค่าคะแนนตามประเด็นและน้ำหนัก ดังนี้

- | | |
|---|-------------|
| ๑) ผลงานวิชาการ (ระดับจังหวัด/เขต/ประเทศ) | น้ำหนัก ๒.๐ |
| ๒) ผลงานเด่น Smart Kids Taksila | น้ำหนัก ๑.๐ |
| ๓) ผลงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ | น้ำหนัก ๑.๐ |

หมายเหตุ รางวัลดีเด่น/รางวัลยอดเยี่ยม/รางวัลดีเยี่ยมจากการประกวด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ รางวัลที่ ๑
โดยคะแนนแต่ละระดับจะไม่ขึ้นตรงต่อกัน

โดยผลงานรางวัลจะใช้ข้อมูลรางวัลระหว่างวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๑-๑๕ กันยายน
๒๕๖๒ เกณฑ์การให้คะแนนรางวัล คือ ๑) ต้องได้รับรางวัลจากการประกวดระดับประเทศ/ภาค/เขต/
จังหวัดเท่านั้น ๒) เอกสารที่จะต้องแนบให้คณะกรรมการพิจารณา คือ หนังสือการประกวด/ใบประกาศ/
เกียรติบัตร/โล่รางวัล

ส่วนรางวัลที่คณะกรรมการระดับจังหวัดได้มีมติที่ประชุมจะไม่พิจารณาให้คะแนน คือ

- ๑) รางวัลที่ไม่ได้ผ่านการประกวดทุกระดับ (ยกเว้นมีหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดมหาสารคาม ให้หน่วยงานในควบคุมกำกับทุกระดับส่งผลงาน/วิชาการ เพื่อประกวดในระดับที่สูงขึ้น
ไปจากระดับจังหวัด โดยไม่ผ่านการประกวดในระดับจังหวัด ซึ่งผลการประกวดนั้นต้องแนบพร้อมกับ
หนังสือสั่งการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในเรื่องนั้นๆจึงจะมีผลต่อการให้คะแนนได้)
- ๒) รางวัลที่เป็นตัวแทนของจังหวัด/เขต/ประเทศที่ไม่ผ่านการประกวด
- ๓) รางวัลการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๑.๓ รูปแบบวิธีการประเมิน

ภาคเช้า เวลา ๐๙.๐๐น.-๑๒.๐๐น. - จับสลากลงพื้นที่ รพ.สต. จำนวน ๑ แห่ง
เพื่อเป็นตัวแทนในการประเมิน ผู้ประเมินทำการเก็บข้อมูล/ประเมินผลตามตัวชี้วัดและลงพื้นที่ตรวจ
ประเมิน รพ.สต. จำนวน ๑ แห่ง ที่เป็นตัวแทนรับการประเมิน (โดยวิธีการจับสลากโดยสุ่ม ๑ แห่งจาก
ทั้งหมดที่ไม่เคยรับ การประเมินช่วง ๓ ปี ที่ผ่านมา (๒๕๕๙-๒๕๖๑)) โดยกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมรับการ
ประเมิน คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, สาธารณสุขอำเภอ, และผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดระดับ CUP

ภาคบ่าย เวลา ๑๓.๐๐น.-๑๖.๓๐น. - CUP นำเสนอผลการดำเนินงานตาม
ตัวชี้วัด ที่กำหนดข้อคิดเห็น ใช้เวลา ๑๐-๑๕ นาที และผู้ประเมินสรุปข้อมูลผลการประเมิน และนำเสนอ
ให้ CUP ได้รับทราบ ผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

ตารางที่ ๑ รายละเอียด รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๕๗-๒๕๖๑)

ลำดับ	ชื่ออำเภอ	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
๑	เมืองมหาสารคาม	ท่าตูม	โคกบัวค้อ	โคกก่อ	ห้วยแอ่ง	เขวา
๒	แกดำ	หนองแสน	ตาหลุง	เหล่าจั่น	ป่าช้าง	วังแสง
๓	โกสุมพิสัย	หนองสระพัง	เลิงใต้	แห่ใต้	ดอนกลาง	วังยาว
๔	กันทรวิชัย	หัวขัว	หนองอุ่ม	ยาง	เปลือยน้ํา	มะกอก
๕	เชียงยืน	โพนทอง	หนองกุง	ชื่นชม	เสือเตมา	หนองบุญชู
๖	บรบือ	หนองแหน	ดอนบม	ดงมัน	เหล่าตามา	เหล่ายาว
๗	นาเชือก	หนองกุง	ปลาขาว	สำโรง	หนองสระ	หนองโพธิ์
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	หนองบะ	ดงยางน้อย	แก่นท้าว	โนนม่วง	หนองแก
๙	วาปีปทุม	วังปทุม	ประชาพัฒนา	หนองไผ่	ดงใหญ่	บ้านโนน
๑๐	นาคูน	หนองแต่น้อย	หัวดง	เหล่าจั่น	ดอนคู้	ดงยาง
๑๑	ยางสีสุราช	โนนรัง	ดงจาน	หนองบัวสันต	ดงแคน	เหล่าหมากคำ
๑๒	กุตุรัง	-	-	-	ห้วยแคน	หนองแสง
๑๓	ชื่นชม	-	-	-	โคกกลาง	ดอนสวรรค์
๑๒	มมส.	-	-	-	-	

๑.๔ กำหนดวันที่ออกประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ประจำปี ๒๕๖๒
 ทั้งนี้จะได้ทำการจับสลากสถานที่ออกประเมินในวันประชุมประจำเดือนผู้บริหารในเดือนมีนาคม (โดยผู้บริหารระดับ CUP)

ตารางที่ ๒ กำหนดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	วันที่	อำเภอ
๑	๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๒	บรบือ
๒	๑๙ กรกฎาคม ๒๕๖๒	พยัคฆภูมิพิสัย
๓	๒๓ กรกฎาคม ๒๕๖๒	นาเชือก
๔	๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๒	โกสุมพิสัย
๕	๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒	แกดำ
๖	๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๒	ชื่นชม
๗	๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๒	เชียงยืน
๘	๕ สิงหาคม ๒๕๖๒	กุตุรัง
๙	๖ สิงหาคม ๒๕๖๒	เมืองมหาสารคาม
๑๐	๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๒	วาปีปทุม
๑๑	๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๒	นาคูน
๑๒	๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๒	กันทรวิชัย
๑๓	๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๒	ยางสีสุราช

๑.๕ การประเมินผลการปฏิบัติราชการด้วยตนเองของระดับอำเภอ (Self Assessment Report : SAR) ขอให้ส่งแบบรายงาน SAR มายังงานนิเทศงานและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

- SAR ผลงานรอบ ๙ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๑-๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๒) ภายในวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ และขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือที่อำเภอจะต้องเตรียม คือ แฟ้มสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดพร้อมเอกสารสำหรับการประเมินไว้ภายในห้องประชุม เพื่อความสะดวกในการประเมิน แยกเป็นรายตัวชี้วัดให้ชัดเจน

๑.๖ ข้อกำหนดสำหรับผู้ประเมินผลตัวชี้วัดของระดับจังหวัด

๑) คณะกรรมการดำเนินการออกประเมินผลการปฏิบัติราชการ ครอบคลุมทุกอำเภอ (จำนวน ๑ ทีม)

๒) คณะกรรมการแต่ละคนสรุปผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการของแต่ละอำเภอให้เลขานุการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ภายใน ๑ สัปดาห์

๓) กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (เลขานุการ) นำเสนอสรุปผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการให้ผู้บริหารในระดับจังหวัด-อำเภอ และผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อประกอบการบริหารจัดการ เพื่อวางแผนในการปฏิบัติงานในปีต่อไป

๔) รายชื่อผู้ประสานงาน งานนิเทศงานและประเมินผล กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข คือ

(๑) นางสาวรัชนิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๗๐ ๗๔๖๐ , ๐๔๓-๗๗๗๘๑๑ , ๐๔๓-๗๗๗๙๗๒ ต่อ ๓๑๓

(๒) นางสาวศุภนาถ รัตนดาตาศ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ ๐๘๕-๔๕๑๔๓๔๓ , โทรศัพท์ ๐๔๓-๗๗๗๘๑๑ โทรสาร ๐๔๓-๗๗ ๗๙๗๐ , ๐๔๓-๗๗๗๘๑๑

(๒) นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ ๐๘๕-๖๐๙๑๑๐๑ , โทรศัพท์ ๐๔๓-๗๗๗๘๑๑ โทรสาร ๐๔๓-๗๗ ๗๙๗๐ , ๐๔๓-๗๗๗๘๑๑

๑.๗ การคำนวณผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก กรณีที่มีตัวชี้วัดย่อยมากกว่า ๑ ตัวขึ้นไป

ใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้ (สำนักงาน ก.พ.ร, ๒๕๕๙)

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (W)	เกณฑ์การให้คะแนนเทียบกับ ระดับความสำเร็จตามเป้าหมาย ของตัวชี้วัด					คะแนนที่ได้ (SM)	คะแนนถ่วงน้ำหนัก (W x SM)
		๑	๒	๓	๔	๕		
ตัวชี้วัดที่ ๑.๑	$W_{๑.๑}$	๑	๒	๓	๔	๕	$SM_{๑.๑}$	$(W_{๑.๑} \times SM_{๑.๑})$
ตัวชี้วัดที่ ๑.๒	$W_{๑.๒}$	๑	๒	๓	๔	๕	$SM_{๑.๒}$	$(W_{๑.๒} \times SM_{๑.๒})$
...	...	๑	๒	๓	๔	๕
ตัวชี้วัดที่ ๑.i	$W_{๑.i}$	๑	๒	๓	๔	๕	$SM_{๑.i}$	$(W_{๑.i} \times SM_{๑.i})$
	$\Sigma (W_{๑.๑-๑.i})$							$\Sigma (W_{๑.๑-๑.i} \times SM_{๑.๑-๑.i})$

ผลรวมคะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนัก เท่ากับ

$$\frac{\Sigma (W_{๑.๑-๑.i} \times SM_{๑.๑-๑.i})}{\Sigma W_{๑.๑-๑.i}}$$

โดยที่

W หมายถึง น้ำหนักความสำคัญที่ให้กับตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

SM หมายถึง คะแนนที่ได้จากการเทียบกับระดับความสำเร็จตามเป้าหมายของ

ตัวชี้วัด

๑.๑ - ๑.i หมายถึง ลำดับที่ของตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้น

๑.๘ เกณฑ์การประกวดการดำเนินงานของอำเภอ เรื่อง Smart Kids Taksila ๔.๐

(น้ำหนัก ๑)

เป็นการประกาศเกียรติคุณเพื่อเชิดชูเกียรติอำเภอ ที่มีผลการดำเนินงานดีเลิศ ดีเยี่ยม และดี โดยผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์ที่ ๑ ผลการดำเนินงานตามแผนและเทียบเป้าหมายที่กำหนดตัดยอดผลงานเดือนสิงหาคม ๒๕๖๒ โดยระดับอำเภอใช้ผลการดำเนินงาน จำนวน ๓๔ ตัวชี้วัด

เกณฑ์ที่ ๒ ผลจากการเยี่ยมเสริมพลังจากหัวหน้าทีม ๕ ทีม (ผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคาม รองผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคามทั้ง ๓ ท่าน และปลัดจังหวัดมหาสารคาม) เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินงานของระดับอำเภอ รายละเอียดการให้คะแนน ดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	จำนวนคะแนน
๑	การประกาศนโยบายของระดับอำเภอเพื่อนำสู่การปฏิบัติในระดับอำเภอ-ตำบล-หมู่บ้าน	๒๐
๒	การกำหนดแผนการดำเนินงานในระดับอำเภอ-ระดับตำบล	๒๐
๓	การสร้างความร่วมมือเพื่อการดำเนินงานในระดับอำเภอ-ระดับตำบล-ระดับหมู่บ้าน	๒๐
๔	การติดตามผลการดำเนินงานของระดับอำเภอ (พ.ค.-ส.ค.)	๑๐
๕	การเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานในระดับตำบล	๒๐
๖	การสรุปผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ และกำหนดแนวทางพัฒนาในปีถัดไป	๑๐
	รวมคะแนนประเมิน	๑๐๐

โดยการประเมินอำเภอมีการให้น้ำหนักคะแนนจาก (๑) เกณฑ์ผลการดำเนินงานตามแผนและเทียบเป้าหมายที่กำหนด และ (๒) เกณฑ์ประเมินจากการเยี่ยมเสริมพลังในสัดส่วน ๕๐ : ๕๐ ซึ่งรายละเอียดของเกณฑ์และน้ำหนัก ได้มีมติเห็นชอบของการประชุมของคณะกรรมการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตจังหวัดมหาสารคาม เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานจังหวัดไอโอดีนยั่งยืนมุ่งสู่เด็กตักสิลา ๔.๐ (Smart Kids Taksila ๔.๐) เมื่อวันที่ ๒๗ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดมหาสารคามเป็นประธานการประชุม

๒. **น้ำหนักตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒**
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ ๓ ชื่อตัวชี้วัดและน้ำหนักการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) ปี ๒๕๖๒

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก
๑	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๔
๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่จัดบริการตามหลักเกณฑ์คุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)	๕
๓	ร้อยละคะแนนของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	๕
๔	ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลและมีการจัดการซื้อตัวยาท่านจูลซีฟ	๕
๕	ความสำเร็จของโครงการควบคุมวัณโรค ตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ	๗
	๕.๑ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	๑
	๕.๒ อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage)	๑
	๕.๓ ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner, Patient with CKD stage ๔, ๕	๒
	๕.๔ คะแนนของการดำเนินงานคลินิกวัณโรคทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๓
๖	ความสำเร็จของเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๔
	๖.๑ ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพ (เครือข่ายบริการ CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ	๐.๕
	๖.๒ ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	๐.๕
	๖.๓ ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	๑
	๖.๔ ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)	๑
	๖.๕ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)	๑
๗	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	๔
	๗.๑ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Smart Hospital	๓
	๗.๒ มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง	๑
๘	ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๖
	๘.๑ ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา	๑
	๘.๒ ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอดคุณภาพ	๑.๒๕
	๘.๓ ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด	๑.๕
	๘.๔ ความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน	๒.๒๕
๙	ร้อยละคะแนนผลการดำเนินงานพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN hospital	๕

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก
๑๐	ความสำเร็จของการดำเนินงาน Fast Track ใน ๓ กลุ่มโรค (Stroke Sepsis Trauma)	๖
	๑๐.๑ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๓
	๑๐.๒ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๒
	๑๐.๓ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ Fl๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	๑
๑๑	ร้อยละของผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์หยุดเสพต่อเนื่องและคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ ๑ ปี	๕
	๑๑.๑ ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)	๓
	๑๑.๒ ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate)	๒
๑๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการเงินการคลัง	๔
	๑๒.๑ ร้อยละคะแนนผลสำเร็จในการดำเนินงานการเงินการคลัง	๑
	๑๒.๒ ร้อยละของคุณภาพระบบบัญชีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามแบบประเมินระบบบัญชีทั้งหมด	๓
๑๓	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	๔
๑๔	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๔
๑๕	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	๖
	๑๕.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๑
	๑๕.๒ ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน ในระดับดีมากขึ้นไป	๑
	๑๕.๓ ร้อยละคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	๑
	๑๕.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	๑
	๑๕.๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	๑
	๑๕.๖ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	๑
๑๖	ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม	๖
๑๗	ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๕
	๑๗.๑ ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๓

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก
	๑๗.๒ ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	๒
๑๘	ร้อยละของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป บริโภคยาสูบ และได้รับการติดตามบำบัด	๖
	๑๘.๑ ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	๑
	๑๘.๒ ร้อยละประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘	๑
	๑๘.๓ ร้อยละการติดตามและได้รับการบำบัด ผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)	๑
	๑๘.๔ ร้อยละของประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ	๑
	๑๘.๕ ร้อยละของประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ โดย อสม. ชักชวน	๒
๑๙	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๕
	๑๙.๑ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	๒
	๑๙.๒ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒
	๑๙.๓ จำนวนผลงานวิจัยสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก	๑
	รวม	๙๖

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค
เป็นเลิศ (PP&P Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑ : อำเภอฟันเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

เป้าหมาย : ระดับ ๕

น้ำหนัก : ๔

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

ผู้จัดเก็บข้อมูล : ๑. นางสาวระพีพร คำเจริญ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ

๒. นางสุภาพร กุณาศล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

คำอธิบาย :

การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและระดับจังหวัด

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๑๓ อำเภอ

เกณฑ์การให้คะแนน :

คิดคะแนนตามกิจกรรมที่ได้ดำเนินงานตามแนวทางการประเมินผลที่กำหนดข้อละ ๑ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน) ซึ่งคะแนนแต่ละข้อเป็นอิสระต่อกัน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
อำเภอฟันเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ระดับ ๕	-	๕	-

แนวทางการประเมินผล :

ข้อ ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการ ประเมินผล	ประเมินระดับ		
				อำเภอ	ตำบล	รพ. สต.
๑	๑.๑ จัดประชุม แบบมีส่วนร่วม เพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็น เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต (๐.๕ คะแนน) ๑.๒ คัดเลือกประเด็นที่สำคัญ ตามบริบทในพื้นที่มาดำเนินการ พัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย อำเภอละ ๒ ประเด็น (๐.๕ คะแนน)	๑	๑.๑ รายงานการประชุม/ เอกสารการประชุมเพื่อ วิเคราะห์ปัญหา/ประเด็น เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ของคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๑.๒ รายงานการประชุม/ เอกสารสรุปการคัดเลือก ประเด็น (เอกสารประกอบ/รูป ถ่าย)	✓		
๒	๒.๑ จัดทำแผนพัฒนาหรือแก้ไข ปัญหา การพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอครบทุกประเด็น (๐.๕ คะแนน) ๒.๒ ดำเนินการตามแผนพัฒนา/ แก้ไขปัญหาคบทุกประเด็น (๐.๕ คะแนน)	๑	๒.๑ แผนพัฒนา/แก้ไขปัญหา การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ ๒.๒ ผลการดำเนินการตาม แผนพัฒนา/แก้ไขปัญหา (เอกสารประกอบ/รูปถ่าย)	✓		
๓	๓.๑ มีการประชุมติดตามการ ดำเนินงานของคณะกรรมการฯ ทุกเดือน เดือนละ ๑ ครั้ง (๐.๕ คะแนน) ๓.๒ มีการสรุปผลการดำเนินงาน รายงานความก้าวหน้าเสนอต่อ ผู้ว่าราชการจังหวัด ครบทุก ประเด็น (ที่ปรึกษา คณะกรรมการฯ) (๐.๕ คะแนน)	๑	๓.๑ การประชุมติดตามการ ดำเนินงานคณะกรรมการฯ ภาพประกอบ และ/หรือ เอกสาร ๓.๒ สรุปผลการดำเนินงานของ คณะกรรมการฯ ภาพประกอบ และ/หรือเอกสาร	✓		

ข้อ ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบ การประเมินผล	ประเมินระดับ		
				อำเภอ	ตำบล	รพ. สต.
๔	<p>๔.๑ มีการดำเนินการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนภายใต้กลไก UCCARE (๐.๕ คะแนน)</p> <p>๔.๒ มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตครบทุกประเด็น (๐.๕ คะแนน)</p>	๑	<p>๔.๑ มีผลลัพธ์คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ</p> <p>๔.๒ ภาพประกอบ และ/หรือเอกสาร การบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตครบทุกประเด็น</p>	✓		
๕	<p>๕.๑ มีการเยี่ยมเสริมพลังของ พขอ. ต่อระดับตำบล ครบทุกตำบล (๐.๖ คะแนน)</p> <p>๕.๒ มีการสรุปผลการดำเนินงานรวมทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (๐.๒ คะแนน)</p> <p>๕.๓ มีการกำหนดแนวทางการดำเนินคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปีถัดไป (๐.๒ คะแนน)</p>	๑	<p>๕.๑ ภาพประกอบ และ/หรือเอกสาร ผลการเยี่ยมเสริมพลังของ พขอ. ต่อระดับตำบล ครบทุกตำบล</p> <p>๕.๒ รายงานสรุปผลการดำเนินงานภาพประกอบ และ/หรือเอกสารการสรุปถอดบทเรียน</p> <p>๕.๓ แผน/แนวทาง การดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปีถัดไป (เอกสาร)</p>	✓		

การประเมินตามเกณฑ์ DHS-PCA โดยใช้ แนวทาง UC-CARE พิจารณาตามเกณฑ์ ๖ ด้านตาม UC-CARE แต่ละประเด็น

๑. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)
๒. การวิเคราะห์ความต้องการผู้รับบริการ (Customer Focus)
๓. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation)
๔. การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation)
๕. การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)
๖. การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)

๑. Unity Team

UCCARE	๑.เริ่มมีแนวทางและ/หรือเริ่มดำเนินการ	๒.ขยายการดำเนินการ	๓.ดำเนินการเป็นระบบและ/หรือครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงานร่วมกันและดำเนินงานตามหน้าที่ในส่วนที่รับผิดชอบ - มีแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการที่แสดงถึงการดำเนินงาน DHS	มีการทำงานร่วมกันเป็นทีมในบางประเด็นและ/หรือมีภาคีภาคส่วนร่วมด้วย - มีคำสั่งคณะกรรมการ DHS ระดับอำเภอที่มีภาคีทุกภาคส่วน	<u>cross functional</u> เป็น team ระหว่างฝ่ายคิดวางแผนและดำเนินการร่วมกันโดยมี <u>ภาคีภาคส่วนร่วมด้วยบางส่วน</u> - มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบในทุกภาคส่วน - มีการประชุมคณะกรรมการอย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี	<u>fully integrate</u> เป็นโครงข่ายทีมเดียวกันทั้งแนวตั้งและแนวราบ โดยมี <u>ภาคีภาคส่วนร่วมด้วย</u> - มีการนำปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน DHS มาวางแผนแก้ไขในที่ประชุม - มีการประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง	ชุมชน ภาคีภาคส่วนต่างๆ <u>ร่วมเป็นทีมกับเครือข่ายสุขภาพในทุกประเด็นสุขภาพสำคัญ</u> - สามารถบูรณาการงาน DHS ร่วมกับงานอื่นหรือภาคีเครือข่ายในอำเภอได้	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง <u>ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีมรพ.สต. กับทีมรพ.สต., ทีมระหว่างหน่วยงาน (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบและ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)</u>

๒. Customer Focus

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้ และพัฒนา	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Customer Focus	<p>มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการเป็นแบบ reactive</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการจำแนกกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่มวัย - มีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาทุกช่องทาง 	<p>มีช่องทางในการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายอย่างน้อยในกลุ่มที่มีปัญหาสูง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีช่องทางการรับรู้/รับฟัง/เข้าใจและเรียนรู้ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการที่หลากหลายในแต่ละกลุ่ม 	<p>มีช่องทางการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการแต่ละกลุ่มประชากรส่วนใหญ่และนำมาแก้ไขปรับปรุงระบบงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการทบทวนเรียนรู้หาแนวทางแก้ไขปัญหาทุกช่องทางรับรู้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นในแต่ละกลุ่ม - ขยายผลไปยังประชากรกลุ่มอื่น 	<p>มีการเรียนรู้และพัฒนาช่องทางการรับรู้ความต้องการของประชาชนแต่ละกลุ่มให้สอดคล้องและมีประสิทธิภาพมากขึ้น</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินความพึงพอใจตามกลุ่มเป้าหมาย - มีการนำปัญหาอุปสรรคในการให้บริการตามกลุ่มมาวางแผนหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน 	<p>ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการถูกนำมาบูรณาการกับระบบงานต่างๆจนทำให้ประชาชนเชื่อมั่นศรัทธา ผูกพันและมีส่วนร่วม</p> <p>เครือข่ายบริการปฐมภูมิ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีแนวทางในการจัดการแก้ไขพัฒนาปรับปรุงปัญหาทุกช่องทาง - หน่วยงานอื่นร่วมช่วยเหลือดูแลผู้รับบริการตามกลุ่มด้วย 	<p>ความต้องการของประชาชนและผู้รับบริการ (HealthNeed) หมายถึง ประเด็นปัญหาหรือประเด็นพัฒนาที่ประชาชนและผู้รับบริการจำเป็นต้องได้รับโดยหมายรวมทั้งในส่วน of felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู) และ unfelt need (เช่น บริการส่งเสริมป้องกัน)</p>

๓. Community Participation

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือ <u>เริ่มให้ชุมชน และ ภาควิชา</u> <u>และ ภาควิชา</u> <u>มีส่วนร่วม</u> ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ - ชุมชนและ ภาควิชา <u>มีส่วนร่วม</u> คิด/วางแผนงานหรือกิจกรรมด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ <u>ชุมชน และ ภาควิชา</u> <u>มีส่วนร่วม</u> <u>รับรู้</u> <u>ดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพในงานที่ <u>หลากหลาย</u> <u>และขยาย</u> <u>กว้าง</u> <u>เพิ่มขึ้น</u> - ชุมชนและ ภาควิชา <u>มีส่วนร่วม</u> ในกิจกรรมด้านสุขภาพ - มีการ <u>จัดระบบ</u> <u>สุขภาพ</u> <u>ร่วมกัน</u> เช่น งาน NCD งานควบคุมโรค - มีผลลัพธ์เป็น <u>รูปธรรม</u>	<u>ชุมชน และ ภาควิชา</u> <u>มีส่วนร่วม</u> <u>ดำเนินการ</u> ด้านสุขภาพอย่าง <u>เป็นระบบ</u> กับ <u>เครือข่าย</u> <u>บริการ</u> <u>ปฐมภูมิ</u> <u>และ</u> <u>มีการ</u> <u>ขยาย</u> <u>วง</u> <u>ได้</u> <u>ค่อนข้าง</u> <u>ครอบคลุม</u> - มีการ <u>ขยาย</u> <u>ผลลัพธ์</u> <u>การ</u> <u>ดำเนินงาน</u> <u>ไปยัง</u> <u>ชุมชน/หมู่บ้าน</u> <u>อื่น</u>	<u>ชุมชน และ ภาควิชา</u> <u>มีส่วนร่วม</u> <u>คิด</u> <u>ร่วม</u> <u>วางแผน</u> <u>ร่วม</u> <u>ดำเนินการ</u> <u>ด้าน</u> <u>สุขภาพ</u> <u>และ</u> <u>มีการ</u> <u>ทบทวน</u> <u>เรียนรู้</u> <u>ปรับปรุง</u> <u>กระบวนการ</u> <u>มีส่วนร่วม</u> <u>ให้</u> <u>เหมาะสม</u> <u>มากขึ้น</u> - <u>ชุมชน</u> <u>และ</u> <u>ภาควิชา</u> <u>มีส่วนร่วม</u> <u>ทบทวน</u> <u>ร่วม</u> <u>รับผิดชอบ</u> <u>และ</u> <u>ตรวจสอบ</u> <u>แลกเปลี่ยน</u> <u>เรียนรู้</u> <u>ผลลัพธ์</u> <u>ที่</u> <u>ได้</u> <u>และ</u> <u>มีการ</u> <u>ปรับปรุง</u>	<u>ชุมชน และ ภาควิชา</u> <u>มีส่วนร่วม</u> <u>ดำเนินการ</u> <u>อย่าง</u> <u>ครบ</u> <u>วงจร</u> <u>รวมทั้ง</u> <u>การ</u> <u>ประเมิน</u> <u>ผล</u> <u>จน</u> <u>ร่วม</u> <u>เป็น</u> <u>เจ้า</u> <u>ของ</u> <u>การ</u> <u>ดำเนินงาน</u> <u>เครือข่าย</u> <u>บริการ</u> <u>ปฐมภูมิ</u> - <u>ชุมชน</u> <u>และ</u> <u>ภาควิชา</u> <u>มีส่วนร่วม</u> <u>เป็น</u> <u>เจ้า</u> <u>ของ</u> <u>การ</u> <u>จัดการ</u> <u>ปัญหา</u> <u>สุขภาพ</u> <u>แบบ</u> <u>บูรณาการ</u> <u>กับ</u> <u>งาน</u> <u>อื่น</u>	ระดับของการมีส่วนร่วม : <u>ร่วม</u> <u>รับ</u> <u>รู้</u> <u>ร่วม</u> <u>คิด</u> <u>ร่วม</u> <u>ดำเนินการ</u> <u>และ</u> <u>ร่วม</u> <u>ประเมิน</u> <u>ผล</u>

๔. Appreciation

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณา การ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Appreciation	มีแนวทางหรือ วิธีการที่ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการ ในการดูแล <u>พัฒนา และ</u> <u>สร้างความพึง</u> <u>พอใจของ</u> บุคลากร - มีเจ้าหน้าที่ หรือทีมงานทำ ตามหน้าที่ ที่ได้รับ มอบหมาย	มีการขยาย การดำเนินการ ตามแนว ทาง หรือวิธีการ ในการดูแล พัฒนา และ <u>สร้างความพึง</u> <u>พอใจของ</u> <u>บุคลากร</u> <u>เพิ่มขึ้นในแต่</u> ละหน่วยงาน หรือในแต่ละ ระดับ - มีการนำ ข้อมูลที่เป็น ปัจจัยที่มีผลต่อ ระบบการ ทำงานที่ทำให้ ทีมงาน เครือข่าย สุขภาพมี บรรยากาศการ ทำงานที่ดีมา วิเคราะห์แก้ไข ปัญหาในการ ดำเนินงาน	ดำเนินการตาม แนวทางหรือ วิธีการดูแล พัฒนาและ สร้างความพึง พอใจและความ ผูกพัน (engagement) ของบุคลากร <u>ให้สอดคล้องกับ</u> <u>ภารกิจที่จำเป็น</u> <u>อย่างเป็นระบบ</u> - เจ้าหน้าที่หรือ ทีมงานพึงพอใจ ในงานและ ผลลัพธ์ของงาน ที่เกิดขึ้น	เครือข่าย สุขภาพมีการ เรียนรู้ บทวน <u>กระบวนการ</u> ดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพัน ของบุคลากร <u>ให้สอดคล้อง</u> <u>กับบริบท</u> - ผู้รับบริการ เห็นคุณค่าและ ชื่นชม เจ้าหน้าที่หรือ ทีมงาน	<u>สร้าง</u> <u>วัฒนธรรม</u> <u>เครือข่ายให้</u> บุคลากรมี ความสุข ภูมิใจ <u>รับรู้คุณค่า</u> <u>และ</u> <u>เกิดความ</u> <u>ผูกพัน</u> ในงานของ เครือข่าย บริการปฐมภูมิ - เจ้าหน้าที่ หรือทีมงาน รู้สึกมีคุณค่า ในตัวเองและ งานที่ทำ	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่ บุคลากรมีความ กระตือรือร้น ในการปฏิบัติงาน ในหน้าที่ และใน งานที่ได้รับ มอบหมายด้วย ความมุ่งมั่นเพื่อให้ บรรลุพันธกิจของ องค์กร

๕. Resources Sharing and Human Development

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือ เริ่มวางแผนการ ใช้ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนาบุคลากร ร่วมกันเพื่อ สนับสนุนการ พัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน - มีการสรุป ข้อมูลทั่วไปของ องค์กร ทั้ง คน เงิน สิ่งของ ข้อมูล ความรู้ ต่างๆ ในส่วนที่ มีและส่วนที่ ขาด - มีแผนพัฒนา สมรรถนะ บุคลากรและ แผนความ ต้องการของ องค์กร	มีการ ดำเนินการ ร่วมกัน ในการ ใช้ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากรในบาง ประเด็นหรือ บางระบบ - มีการ ประชุมเพื่อการ Share ทรัพยากร ร่วมกัน - มีการแบ่งปัน ทรัพยากร ร่วมกัน อย่าง น้อย ๑ ระบบ	มีการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ร่วมกันอย่าง เป็นระบบและ ครอบคลุมตาม บริบท และ ความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนให้ บรรลุตาม เป้าหมายของ เครือข่ายสุขภาพ - องค์กรมีการ ใช้และ Share ทรัพยากร ร่วมกันอย่าง เป็นระบบ และ ครอบคลุมใน การจัดบริการ	มีการทบทวน และปรับปรุง การจัดการ ทรัพยากรและ พัฒนาบุคลากร ให้เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น - มีการทบทวน วิเคราะห์ระบบ การจัดบริการ สุขภาพ ผลลัพธ์ที่ เกิดขึ้นตรง เป้าหมาย หรือไม่ มี แนวทาง ปรับปรุง อย่างไร	มีการจัดการ ทรัพยากร ร่วมกันโดยยึด เป้าหมายของ เครือข่ายสุขภาพ (ไม่มีกำแพงกัน) และมีการใช้ ทรัพยากรจาก ชุมชน ส่งผลให้ เกิดระบบ สุขภาพชุมชนที่ ยั่งยืน - แต่ละองค์กร มี การ Share ทรัพยากร ร่วมกัน โดยไม่มี กำแพงกัน และ ชุมชนร่วม สนับสนุน ทรัพยากร เช่น เงินบริจาค	Resource หมายถึงคน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัย นำเข้า (input)ของ การทำงาน

๖. Essential Care

UCCARE	๑.เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒.ขยายการ ดำเนินการ	๓.ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔.เรียนรู้	๕.บูรณาการ	คำสำคัญ และนิยาม ปฏิบัติการ
Essential Care	<p>มีแนวทาง หรือ เริ่มดำเนินการ <u>จัดระบบดูแล</u> <u>สุขภาพพื้นฐาน</u> <u>ที่จำเป็น</u>ในแต่ละกลุ่ม ตามบริบทของชุมชน</p> <p>- มีข้อมูลในแต่ละกลุ่มวัย ตามการจัดระบบการดูแลสุขภาพพื้นฐาน (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย)</p> <p>- มีการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย</p>	<p>มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบท และความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชน และชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะ <u>กลุ่มที่มีปัญหาสูง</u></p> <p>- กลุ่มปกติ ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย ได้รับการจัดบริการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานและความต้องการของผู้รับบริการ</p> <p>- ลงเยี่ยม ๑ case</p>	<p>มีการจัดระบบดูแลสุขภาพตามบริบทตามความต้องการของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละกลุ่มและชุมชนที่ <u>ครอบคลุมประชากรส่วนใหญ่</u></p> <p>- มีการขยายผล การแก้ปัญหาสุขภาพตามกลุ่มวัย ของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยไปยังหมู่บ้าน/ชุมชนอื่น</p>	<p>มีการเรียนรู้ ทบทวนการจัดระบบดูแลสุขภาพและ <u>พัฒนาอย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องมากขึ้น</p> <p>- การนำปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย มาทบทวน หาแนวทางแก้ไขร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนา และการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ</p>	<p>มีการจัดระบบ <u>ดูแลสุขภาพ</u> <u>อย่างบูรณาการ</u> ร่วมกับประชาชน ชุมชนภาคีภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ประชาชน มีสถานะสุขภาพดี</p> <p>- หน่วยงานอื่น มีการ ร่วมช่วยเหลือ สนับสนุน เช่น วัสดุอุปกรณ์ และ/หรือ การร่วมจัดบริการร่วมกัน เช่น ทีมเยี่ยมบ้าน มี จนท. อบต. พัฒนาชุมชน ฯลฯ ร่วมด้วย</p>	<p>Essential Care หมายถึง บริการด้านสุขภาพที่จำเป็นสำหรับประชาชนโดยสอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ</p>

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่จัดบริการตามหลักเกณฑ์คุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)

เป้าหมาย : หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์การจัดบริการตามหลักเกณฑ์คุณภาพ PCC ร้อยละ ๘๐

น้ำหนัก : ๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรพรรณ คุสกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาพร ภูณาศล โทร. ๐๘๘-๕๖๘-๑๐๓๘

คำอธิบาย :

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่จัดบริการตามหลักเกณฑ์คุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง ผลการดำเนินงานด้านกระบวนการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว และผลลัพธ์ของการดำเนินงานระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวของคลินิกหมอครอบครัว และหน่วยบริการปฐมภูมิทุกระดับ

หลักเกณฑ์คุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำต่อเนื้อด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว ๑ ทีม ให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน \pm ๒๐% ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน, พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ๔ คน, ทันตภิบาล ๑ คน, เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ๑ คน, นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๔ คน, แพทย์แผนไทย ๑ คน รวมทีมให้บริการ ๓ ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๑ Cluster เพิ่มบุคลากรดูแลสุขภาพประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ ๑ คน เภสัชกร ๑ คน และนักกายภาพบำบัด ๑ คน โดยใช้หลักเวชศาสตร์ครอบครัวในการดำเนินงาน ๑) การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างแพทย์ ผู้ป่วยและครอบครัว (Doctor-patient-family relationship) ๒) การให้บริการปฐมภูมิที่มีคุณภาพกับประชาชนทุกช่วงอายุ โดยมีรูปแบบคือ การบริการด่านหน้า (First contact care), การดูแลต่อเนื่อง (Continuity care), การดูแลแบบครอบคลุม (Comprehensive care), การดูแลแบบเชื่อมประสาน (Coordination care) และ ๓) การทำเวชปฏิบัติที่ใช้ชุมชนและประชาชนเป็นฐาน (Community Base)

การจัดบริการปฐมภูมิ (Primary Service Package) หมายถึง การนำเอาบริการของปฐมภูมิไปเชื่อมกับ service plan สาขาต่างๆ เป็นการเชื่อมโยงการจัดการระบบบริการในทุกระดับและทุกกลุ่มวัย โดยมีลักษณะ ๖ ประการ คือ ๑) การดูแลแต่แรกทุกอย่าง (Care on first contact basis) ๒) การดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuous care) ๓) การดูแลแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care) ๔) การดูแลแบบผสมผสาน (Integrated or total care) ๕) บริการที่เข้าถึงสะดวก (Accessible care) ๖) ระบบปรึกษาและส่งต่อ (Consultation and referral system) โดยมีการดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ครอบคลุม ๔ มิติ (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ) และมีจุดเน้น ดังนี้

ลำดับ	กลุ่มวัย	โดยมีจุดเน้น
๑.	สตรีและเด็กปฐมวัย	- ฝากครรภ์คุณภาพ - พัฒนาการสมวัย - วัคซีนครอบคลุม - สุขภาพช่องปากดี
๒.	เด็กวัยเรียน	- ลดอ้วน - เสริม IQ, EQ, MQ - สุขภาพช่องปากดี - เพิ่มความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy)
๓	วัยรุ่น/นักศึกษา	- ท้องไม่พร้อม - ขับขี่ปลอดภัย - ลดนักดื่มหน้าใหม่ - เพศสัมพันธ์ปลอดภัย
๔	วัยทำงาน	- คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง - ส่งต่อภาวะฉุกเฉิน - การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง
๕	ผู้สูงอายุ และผู้พิการ	- อยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี - เข้าถึงบริการและได้รับสิทธิประโยชน์ - ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล
๖	การดูแลต่อเนื่อง	การเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ - กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง - ผู้ป่วยโรคเบาหวาน - ผู้ป่วยโรคจิต - ผู้ป่วยวัณโรค - กลุ่มหญิงตั้งครรภ์

เกณฑ์การให้คะแนน : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว (PCC)

๑. ด้านกระบวนการ (น้ำหนัก ๒) : ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน (ทุกข้อเป็นอิสระต่อกัน)

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และ PM ระดับอำเภอ (๑ คะแนน)
๒	มีแผนการจัดตั้ง PCC ๑๐ ปี ครอบคลุมประชากร ๘,๐๐๐ – ๑๒,๐๐๐ คนต่อทีม และ/หรือ ๒๔,๐๐๐ – ๓๖,๐๐๐ คน ต่อ Cluster (๑ คะแนน)
๓	CUP มีระบบสนับสนุนที่สำคัญ ๑. ระบบข้อมูล (๐.๒๕ คะแนน) ๒. ระบบสนับสนุน (IC, ขยะติดเชื้อ, LAB) (๐.๒๕ คะแนน) ๓. มีระบบบริการ (NCD, ภาวะสุขภาพบำบัด, COC งานเยี่ยมบ้าน, ระบบส่งต่อ, งานทันตกรรม, งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ) (๐.๕ คะแนน)
๔	๑. จัดโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัว ระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน ตามเกณฑ์รพ.สต. (๐.๕ คะแนน) ๒. มีแพทย์ออกให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว ร่วมกับทีมหมอครอบครัว อย่างน้อยเดือนละ ครั้งต่อ ศสม./รพ.สต. (๐.๕ คะแนน)
๕	รพ.สต. ที่เป็นเป้าหมายการเปิดคลินิกหมอครอบครัว ปี ๖๐-๖๓ ผ่านเกณฑ์คุณภาพเป็น รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาวขึ้นไป (๑ คะแนน)

๒. ด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงานของ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว (หน้าหลัก ๓)

กลุ่มวัย	เป้าประสงค์	เป้าหมาย (ร้อยละ)	คะแนน เต็ม	เกณฑ์การให้ คะแนน	แหล่งข้อมูล
๑. สตรีและ เด็กปฐมวัย	๑.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ ที่มีความเสี่ยงได้รับการ ดูแลโดยแพทย์ตาม แนวทางปฏิบัติ (Guidelines High risk pregnancy) (รายละเอียดตาม ภาคผนวก)	๑๐๐	๕	๑ = ร้อยละ ๖๐ ๒ = ร้อยละ ๖๕ ๓ = ร้อยละ ๗๐ ๔ = ร้อยละ ๗๕ ๕ = ร้อยละ ๘๐	- สุ่มร้อยละ ๕๐ ของ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความ เสี่ยงสูงทั้งอำเภอ - Family folder - ทะเบียน ANC - ฐานข้อมูลผู้ป่วยใน ของรพ.แม่ข่าย - นำ Family folder ที่ได้รับการสุ่มมา ประเมินในวัน ประเมิน รพ.สต. ติดตาม
	๑.๒ ร้อยละการติดตาม เยี่ยมบ้านครอบครัวเด็ก อายุ ๐-๕ ปี ที่มี พัฒนาการล่าช้าที่ต้อง ได้รับการกระตุ้นภายใน ๑ เดือน และจัดกิจกรรม กระตุ้นพัฒนาการเด็ก อย่างต่อเนื่องร่วมกับ ผู้ดูแลเด็ก	๑๐๐	๕	๑ = ร้อยละ ๖๐ ๒ = ร้อยละ ๖๕ ๓ = ร้อยละ ๗๐ ๔ = ร้อยละ ๗๕ ๕ = ร้อยละ ๘๐	- สุ่มร้อยละ ๒๐ ของ เด็ก ๐-๕ ปี ที่ พัฒนาการที่สงสัย ล่าช้าทั้งอำเภอ - ดูการบันทึกใน Family folder - นำ Family folder ที่ได้รับการสุ่มมา ประเมินในวัน ประเมิน รพ.สต. ติดตาม
	๑.๓ ร้อยละของศาลา สุขภาพ ที่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ อสม. ในการส่งเสริม พัฒนาเด็ก ๐-๕ ปี ได้แก่ ๑. เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก ๐-๕ ปี ๒. เครื่องวัดส่วนสูงเด็ก ๓. อุปกรณ์สำหรับ ประเมินและกระตุ้น	๘๐	๕	๑ = ร้อยละ ๖๐ ๒ = ร้อยละ ๖๕ ๓ = ร้อยละ ๗๐ ๔ = ร้อยละ ๗๕ ๕ = ร้อยละ ๘๐	- แบบรายงานข้อมูล ของศาลาสุขภาพ - สุ่มประเมินศาลา สุขภาพ ๑ แห่งใน พื้นที่ รพ.สต. ที่ได้รับ การประเมิน รพ.สต. ติดตาม

กลุ่มวัย	เป้าประสงค์	เป้าหมาย (ร้อยละ)	คะแนนเต็ม	เกณฑ์การให้คะแนน	แหล่งข้อมูล
	พัฒนาเด็ก (มีการใช้คู่มือ เฝ้าระวังและส่งเสริม พัฒนาการเด็กโดย อสม. (เล่มขาว))				
๒. เด็กวัยเรียน	๒.๑ ร้อยละความสำเร็จ ของการจัดการความรอบ รู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่นำไปสู่การ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของเด็กวัยเรียน ตามบริบทของพื้นที่ (ODOP, OTOP) - รพ.สต. คัดเลือก โรงเรียนในพื้นที่ ๑ แห่ง เพื่อจัดกิจกรรมเสริมสร้าง Health literacy	๘๐	๕	๑ = ร้อยละ ๖๐ ๒ = ร้อยละ ๖๕ ๓ = ร้อยละ ๗๐ ๔ = ร้อยละ ๗๕ ๕ = ร้อยละ ๘๐	- สรุปผลงานของ รพ.สต. ทุกแห่ง เป็น One Page โดยมี เนื้อหาตาม template ๔ ข้อ (รายละเอียดตาม ภาคผนวก) ๑. มีบทเรียนความ รอบรู้ด้านสุขภาพ ๒. มีข้อมูลที่จำเป็น เพื่อใช้ในการบริหาร จัดการและติดตามผล ๓. มีผลลัพธ์การ พัฒนาความรอบรู้ด้าน สุขภาพ (Output) ๔. มีผลกระทบของ การพัฒนาที่ทำให้ ปัญหาสุขภาพของเด็ก วัยเรียนลดลง (Outcome)
๓. วัยรุ่น/ นักศึกษา	๓.๑ ร้อยละของการ ติดตามเยี่ยมบ้านหญิง ตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี เพื่อให้คำปรึกษาแก่ ครอบครัว (Family meeting) หรือหญิง ตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ได้รับคำปรึกษา (Counseling) เพื่อตัด สินใจ วางแผนครอบครัว (Family planning) ด้วย วิธีกึ่งถาวร	๑๐๐	๕	๑ = ร้อยละ ๘๐ ๒ = ร้อยละ ๘๕ ๓ = ร้อยละ ๙๐ ๔ = ร้อยละ ๙๕ ๕ = ร้อยละ ๑๐๐	- สุ่มร้อยละ ๕๐ ของ หญิงตั้งครรภ์ที่อายุ น้อยกว่า ๒๐ ปี - Family folder - ทะเบียน ANC - นำ Family folder ที่ได้รับการสุ่มมา ประเมินในวัน ประเมิน รพ.สต. ติดตาม

กลุ่มวัย	เป้าประสงค์	เป้าหมาย (ร้อยละ)	คะแนน เต็ม	เกณฑ์การให้ คะแนน	แหล่งข้อมูล
๔. วัยทำงาน	๔.๑ ร้อยละผู้ป่วย - โรคเบาหวานที่ค่า HbA๑c \geq ๗ และค่า CVD Risk ระดับ ๓, ๔ และ ๕ - ความดันโลหิตสูง \geq ๑๔๐/๙๐ mmHg และ ค่า CVD Risk ระดับ ๓, ๔ และ ๕ ได้รับการเยี่ยม บ้าน จัดกิจกรรม Family meeting สร้าง กระบวนการรับรู้วิธีการ สังเกตอาการเจ็บป่วย ฉุกฉิน (Stroke/STEMI) และช่องทางการขอความช่วยเหลือจากทีมหมอครอบครัว	๘๐	๕	๑ = ร้อยละ ๖๐ ๒ = ร้อยละ ๖๕ ๓ = ร้อยละ ๗๐ ๔ = ร้อยละ ๗๕ ๕ = ร้อยละ ๘๐	- สุ่มร้อยละ ๓๐ ของ ผู้ป่วย DM (HbA๑C \geq ๗)/HT (\geq ๑๔๐/๙๐ mmHg) ที่มีความเสี่ยงสูง CVD Risk ระดับ ๓ = ๒๐-๓๐ คะแนน ระดับ ๔ = ๓๑-๔๐ คะแนน ระดับ ๕ มากกว่า๔๐ คะแนน - นำ Family folder ที่ได้รับการสุ่มมา ประเมินในวัน ประเมิน รพ.สต. ติดตาม
	๔.๒ ร้อยละของ อสค. ที่ ดูแลผู้ป่วย CVD Risk ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดได้รับการ ฝึกทักษะการช่วยเหลือ เบื้องต้นเมื่อมีอาการ ฉุกฉิน	๘๐	๕	๑ = ร้อยละ ๖๐ ๒ = ร้อยละ ๖๕ ๓ = ร้อยละ ๗๐ ๔ = ร้อยละ ๗๕ ๕ = ร้อยละ ๘๐	- สุ่มร้อยละ ๕๐ ของ Family folder ผู้ป่วย CVD Risk ที่มีความเสี่ยง - รายงานการเยี่ยม บ้าน - ใน Family folder มี รายชื่อของ อสม., อสค. ผู้ดูแล และมี บันทึกผลการเยี่ยม บ้านของ อสม., อสค. - รายงาน อสม.๑ - นำ Family folder, รายงาน อสม.๑ ที่ ได้รับการสุ่มมา ประเมินในวัน ประเมินรพ.สต. ติดตาม

กลุ่มวัย	เป้าประสงค์	เป้าหมาย (ร้อยละ)	คะแนน เต็ม	เกณฑ์การให้ คะแนน	แหล่งข้อมูล
	๔.๓ ร้อยละการคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ ตรงด้วยวิธี FIT test	๑๐๐	๕	๑ = ร้อยละ ๖๐ ๒ = ร้อยละ ๗๐ ๓ = ร้อยละ ๘๐ ๔ = ร้อยละ ๙๐ ๕ = ร้อยละ ๑๐๐	Service plan รายงาน CA colon
	๔.๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรค Stroke และ STEMI ที่ ได้รับการส่งต่อเมื่อเกิด ภาวะฉุกเฉินและได้รับการ รักษาภายใน Golden period	๕๐	๕	๑ = ร้อยละ ๑๐ ๒ = ร้อยละ ๒๐ ๓ = ร้อยละ ๓๐ ๔ = ร้อยละ ๔๐ ๕ = ร้อยละ ๕๐	ระบบรายงาน Fast tack Service plan สาขา stroke, สาขาหัวใจ
๕. ผู้สูงอายุ ตติเตียง ผู้ พิการที่ตติเตียง	๕.๑ ร้อยละการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุตติเตียง และผู้ พิการที่ตติเตียงโดย ทีมสหวิชาชีพ	๘๐	๕	๑ = ร้อยละ ๖๐ ๒ = ร้อยละ ๖๕ ๓ = ร้อยละ ๗๐ ๔ = ร้อยละ ๗๕ ๕ = ร้อยละ ๘๐	ลุ่มร้อยละ ๕๐ ของ Family folder ผู้สูงอายุตติเตียง ผู้พิการที่ตติเตียง
๖.การดูแล ต่อเนื่อง (Continuous care : COC)	๖.๑ การเยี่ยมบ้านใน กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ตามเกณฑ์ QOF (๕ กลุ่ม) - ผู้ป่วย HT - ผู้ป่วย DM - ผู้ป่วย TB - ผู้ป่วยโรคจิต - หญิงตั้งครรภ์	๘๕	๕	๑ = ร้อยละ ๗๕ ๒ = ร้อยละ ๘๐ ๓ = ร้อยละ ๘๕ ๔ = ร้อยละ ๙๐ ๕ = ร้อยละ ๙๕	รายงานผลงาน QOF ไตรมาสที่ ๓-๔ ปี ๒๕๖๑ และไตรมาสที่ ๑-๒ ปี ๒๕๖๒
คะแนนเต็ม			๕๕		

สูตรการคำนวณ : คะแนนด้านผลลัพธ์ = $\frac{\text{คะแนนด้านผลลัพธ์ที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม (๕๕)}} \times ๑๐๐$

เกณฑ์การให้คะแนน : ด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	๓	คะแนน	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

เกณฑ์การให้คะแนน : ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ที่จัดบริการตามหลักเกณฑ์คุณภาพของคลินิกหมอครอบครัว

ประเด็นการประเมิน	น้ำหนัก	ค่าคะแนน	น้ำหนักxคะแนน
๑. ด้านกระบวนการ	๒	๕	๑๐
๒. ด้านผลลัพธ์	๓	๕	๑๕
รวมคะแนน			๒๕

สูตรการคำนวณ :

$$\text{ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว (PCC)} = \frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม (๒๕)}} \times ๑๐๐$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว (PCC)	๕	ร้อยละ	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานของคลินิกหมอครอบครัว (PCC)	ระดับ	-	-	๓.๖๙

แนวทางการประเมิน :

ระดับ	วิธีการประเมิน	หลักฐานประกอบประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	รพ.สต.	ชุมชน
ด้านกระบวนการ					
๑.	คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ และ PM ระดับอำเภอ	มีคำสั่งทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน	✓		
๒.	แผนการจัดตั้ง PCC ครอบคลุมประชากร ๘,๐๐๐-๑๒,๐๐๐ คนต่อทีม และ/หรือ ๒๔,๐๐๐-๓๖,๐๐๐ คน ต่อ Cluster	มีแผนการจัดตั้ง PCC ๑๐ ปี	✓		
๓.	CUP มีระบบสนับสนุนที่สำคัญ ๑. ระบบข้อมูล ๒. ระบบสนับสนุน (IC, ขยะติดเชื้อ, LAB) ๓. มีระบบบริการ (NCD, ภาวะสุขภาพบำบัด, COC งานเยี่ยมบ้าน, ระบบส่งต่อ, งานทันตกรรม, งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ)	๑. CUP มีระบบสนับสนุนที่สำคัญ ๒. CPG ระบบงานสำคัญ	✓		
๔.	๑. จัดโครงสร้าง ทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล ชุมชน ตามเกณฑ์รพ.สต. ๒. มีแพทย์ออกให้บริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวร่วมกับหมอครอบครัวอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้งต่อ ศสม./รพ.สต.	๑. คำสั่งทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ๒. ตารางปฏิบัติงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวของแพทย์และสหวิชาชีพ	✓ ✓	✓ ✓	✓
๕.	รพ.สต. ที่เป็นเป้าหมายการเปิดคลินิกหมอครอบครัว ผ่านเกณฑ์คุณภาพเป็น รพ.สต. ตีตรา ระดับ ๕ ดาว	ผลการประเมิน รพ.สต. ตีตรา	✓	✓	
ด้านผลลัพธ์					
๑.	ผลลัพธ์การดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒	- Family folder - สุ่มพื้นที่ศาลาสุขภาพ - service plan Fast Track - ระบบรายงานส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน - รายงาน One page Health literacy - ข้อมูลจาก HDC, QOF	✓	✓	✓

เอกสารแนบท้าย ๑

กลุ่มวัย	เป้าประสงค์	คำอธิบาย
๑. สตรีและเด็กปฐมวัย	๑.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการดูแลโดยแพทย์ตามแนวทางปฏิบัติ (Guidelines High risk pregnancy)	<p>กลุ่มเป้าหมายหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง (High risk pregnancy) ๕ โรค ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ภาวะครรภ์เป็นพิษ Pre-eclampsia/Eclampsia รหัส O ๑๓ - O ๑๔ ๒. Previous c/s รหัส O ๓๔๒ ๓. Twin รหัส O ๓๐๐ ๔. DM C⁻ Pregnancy (G-DM-A๒ คือ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็น DM ขณะตั้งครรภ์ ที่ต้องใช้ Insulin และได้รับการรักษาโดยสูติแพทย์/อายุรแพทย์) ๕. HT C⁻ Pregnancy รหัส O ๑๐, O ๑๖ <p><u>วิธีการประเมิน :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - สุ่มร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง (High risk pregnancy) ๕ โรค จากฐานข้อมูลผู้ป่วยในของ รพ.แม่ข่าย ข้อมูลบริการสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ - Family folder - ประเมินพร้อมการประเมินรพ.สต. ติดตาม
	๑.๒ ร้อยละการติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ที่ต้องได้รับการกระตุ้นภายใน ๑ เดือนและจัดกิจกรรมกระตุ้นพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่องร่วมกับผู้ดูแลเด็ก	<p><u>วิธีการประเมิน :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - สุ่มร้อยละ ๒๐ ของเด็ก ๐-๕ ปี ที่พัฒนาการที่สงสัยล่าช้า ทั้งอำเภอจากฐานข้อมูลใน HDC ของ รพ.แม่ข่าย ข้อมูลบริการสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ - ให้นำ Family folder หรือปริ้นท์จากคอมพิวเตอร์ในกรณีที่หน่วยบริการไม่มี Family folder ที่ได้รับการสุ่ม - ประเมินพร้อมการประเมิน รพ.สต.ติดตาม
	๑.๓ ร้อยละของศาลาสุขภาพที่มีเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับ อสม.ในการส่งเสริมพัฒนาเด็ก ๐-๕ ปี ได้แก่ ๑. เครื่องชั่งน้ำหนักเด็ก ๐-๕ ปี ๒. เครื่องวัดส่วนสูงเด็ก	<ul style="list-style-type: none"> - แบบรายงานข้อมูลของศาลาสุขภาพ (สรุปผลงานภายในเดือนมิถุนายน) - สุ่มประเมินศาลาสุขภาพโดยให้พื้นที่คัดเลือก ๑ แห่ง ในพื้นที่ รพ.สต. ที่ได้รับการประเมิน รพ.สต. ติดตาม - ประเมินพร้อมการประเมิน รพ.สต. ติดตาม

กลุ่มวัย	เป้าประสงค์	คำอธิบาย
	<p>๓. อุปกรณ์สำหรับประเมินและกระตุ้นพัฒนาเด็ก (มีการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดย อสม. (เล่มขาว)</p>	
<p>๒. เด็กวัยเรียน</p>	<p>๒.๑ ระดับความสำเร็จของการจัดการความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนตามบริบทของพื้นที่ (ODOP, OTOP)</p>	<p>- สรุปผลงานการจัดการความรู้ด้านสุขภาพของ รพ.สต. ทุกแห่ง อย่างน้อย ๑ เรื่อง ในการแก้ไขปัญหากลุ่มเด็กวัยเรียน เป็น One Page โดยมีเนื้อหาตาม template ๔ ข้อ</p> <p>๑. มีบทเรียนความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ ชื่อเรื่องที่สอดคล้องกับปัญหา OTOP</p> <p>๒. มีข้อมูลที่จำเป็นเพื่อใช้ในการบริหารจัดการและติดตามผล ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหา เหตุผลความจำเป็น ข้อมูลสนับสนุนในการแก้ไขปัญหา สถิติหรืออุบัติการณ์ เป็นต้น</p> <p>๓. มีผลลัพธ์การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (Output) ได้แก่ มีการจัดกิจกรรมอะไรบางอย่างในการแก้ไขปัญหา กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกี่คน เป็นต้น</p> <p>๔. มีผลกระทบของการพัฒนาที่ทำให้ปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนลดลง (Outcome) ปัญหาที่ต้องการแก้ไขมีผลลัพธ์อย่างไร เช่น เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน/เด็กวัยเรียนฟันผุลดลง/การจมน้ำลดลง เป็นต้น</p> <p>โดยมีการสรุปเป็น One page ตามหัวข้อ ดังนี้</p> <p>๑. ชื่อเรื่อง</p> <p>๒. หลักการและเหตุผล</p> <p>๓. กิจกรรม/ผลการดำเนินงานตามแผนงาน/ภาพกิจกรรม</p> <p>๔. สรุปผลการดำเนินงานต่อปัญหาสุขภาพ/ผลกระทบ</p> <p>- จัดส่งรายงาน One page ภายในเดือนสิงหาคม</p>
<p>๓. วัยรุ่น/นักศึกษา</p>	<p>๓.๑ ร้อยละของการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ปี เพื่อให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family meeting) หรือหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า</p>	<p>- สุ่มร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ปี ทั้งอำเภอ จากฐานข้อมูลใน HDC ของรพ.แม่ข่าย ข้อมูลบริการสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒</p> <p>- ให้นำ Family folder (หรือปริ้นออกจากคอมพิวเตอร์ในกรณีที่หน่วยบริการไม่มี Family folder) ที่ได้รับการสุ่ม</p> <p>- ประเมินพร้อมการประเมิน รพ.สต. ติดตาม</p>

กลุ่มวัย	เป้าประสงค์	คำอธิบาย
	๒๐ ปี วางแผนครอบครัว (Family planing) ด้วยวิธี กิ่งถาวร	
๔. วัยทำงาน	<p>๔.๑ ร้อยละผู้ป่วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - โรคเบาหวานที่ค่า HbA๑c \geq ๗ และค่า CVD Risk ระดับ ๓, ๔ และ ๕ - ความดันโลหิตสูง \geq ๑๔๐/๙๐ mmHg และค่า CVD Risk ระดับ ๓, ๔ และ ๕ <p>ได้รับการเยี่ยมบ้าน จัด กิจกรรม Family meeting สร้างกระบวนการรับรู้ วิธีการสังเกตอาการเจ็บป่วย ฉุกเฉิน (Stroke/STEMI) และช่องทางการขอความช่วยเหลือจากทีมหมอครอบครัว</p>	<p>ข้อกำหนดของค่า CVD Risk</p> <ul style="list-style-type: none"> ระดับ ๓ = ๒๐-๓๐ คะแนน ระดับ ๔ = ๓๑-๔๐ คะแนน ระดับ ๕ มากกว่า ๔๐ คะแนน <p><u>วิธีการประเมิน :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - สุ่มร้อยละ ๓๐ ของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ค่า HbA๑c \geq ๗ และค่า CVD Risk ระดับ ๓, ๔ และ ๕ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่มีความดันโลหิต \geq ๑๔๐/๙๐ mmHg และค่า CVD Risk ระดับ ๓, ๔ และ ๕ <p>จากฐานข้อมูลใน HDC ของรพ.แม่ข่าย ข้อมูลบริการสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒</p> <ul style="list-style-type: none"> - Family folder มีการบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน, การจัด กิจกรรม Family meeting สร้างกระบวนการรับรู้วิธีการสังเกตอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน (Stroke/STEMI) และช่องทางการขอความช่วยเหลือจากทีมหมอครอบครัว เช่น ชื่อและ เบอร์โทรของหมอครอบครัวและ อสม. - โดยให้นำ Family folder (หรือปริ้นออกจากคอมพิวเตอร์ ในกรณีที่หน่วยบริการไม่มี Family folder) ที่ได้รับการสุ่ม - ประเมินพร้อมการประเมินรพ.สต. ติดตาม
	๔.๒ ร้อยละของ อสม. ที่ ดูแลผู้ป่วย CVD Risk ที่มีความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับการฝึกทักษะการช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อมีอาการฉุกเฉิน	<p><u>วิธีการประเมิน :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - สุ่มร้อยละ ๕๐ ของ Family folder ผู้ป่วย CVD Risk ที่มีความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดจากฐานข้อมูลใน HDC ของ รพ.แม่ข่าย ข้อมูลบริการสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ - รายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรค Stroke และ STEMI - ใน Family folder มีรายชื่อของ อสม., อสม. ผู้ดูแล และมีบันทึกผลการเยี่ยมบ้านของ อสม., อสม. - ประเมินจากรายงาน อสม.๑ (รายงานผลงานของ อสม.) - นำ Family folder, รายงาน อสม.๑ ที่ได้รับการสุ่มมา ประเมิน - ประเมินพร้อมการประเมินรพ.สต. ติดตาม

กลุ่มวัย	เป้าประสงค์	คำอธิบาย
	๔.๓ ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี FIT test	ร้อยละการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงด้วยวิธี FIT test จากรายงาน CA colon ผลงานที่คัดกรอง X ๑๐๐ เป้าหมายที่จังหวัดกำหนด วิธีการประเมิน : - ประเมินจากฐานข้อมูลใน HDC ของรพ.แม่ข่าย ข้อมูลบริการสิ้นสุด ณ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ - ประเมินพร้อมกำหนดการประเมิน KPI ของจังหวัด
	๔.๔ ร้อยละของผู้ป่วยโรค Stroke และ STEMI ที่ได้รับการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและได้รับการรักษาภายใน Golden period	วิธีการวิเคราะห์ผลงานผู้ป่วยโรค Stroke และ STEMI ที่ได้รับการส่งต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินและได้รับการรักษาภายใน Golden period = ผู้ป่วยโรค Stroke และ STEMI ที่ได้รับการส่งต่อทันเวลา x ๑๐๐ ผู้ป่วยโรค Stroke และ STEMI ที่ได้รับการวินิจฉัยทั้งหมด วิธีการประเมิน : - ประเมินจากฐานข้อมูลใน HDC ระบบรายงาน Fast track Service plan สาขา stroke, สาขาหัวใจ ของรพ.แม่ข่าย ข้อมูลบริการสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ - ประเมินพร้อมกำหนดการประเมิน KPI ของจังหวัด
๕. ผู้สูงอายุที่ติดเตียงและผู้พิการที่ติดเตียง	๕.๑ ร้อยละการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ติดเตียง และผู้พิการที่ติดเตียง โดยทีมสหวิชาชีพ	- สุ่มร้อยละ ๕๐ ของ Family folder ผู้สูงอายุติดเตียงและผู้พิการที่ติดเตียง จากฐานข้อมูลใน HDC ของรพ.แม่ข่าย ข้อมูลบริการสิ้นสุด ณ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๒ - โดยให้นำ Family folder (หรือปรี้นออกจากคอมพิวเตอร์) ในกรณีที่หน่วยบริการไม่มี Family folder) ที่ได้รับการสุ่ม - ประเมินพร้อมการประเมินรพ.สต. ติดตาม
๖. การดูแลต่อเนื่อง (Continuous care: COC)	๖.๑ การเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ตามเกณฑ์ QOF	กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญตามเกณฑ์ QOF รหัสใน Filed Com Service - กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รหัส ๑A๐๑๑๐๑, ๑A๐๐๐ - ผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส ๑A๑๑๐๒, ๑A๐๐๑ - ผู้ป่วยวัณโรค รหัส ๑A๐๑๒๐๔, ๑A๐๑๔ - ผู้ป่วยโรคจิต รหัส ๑A๐๑๓๐๑, ๑A๐๑๓๐๒, ๑A๐๑๓๐๓, ๑A๐๑๓๐๖, ๑A๐๑๓๐๘, ๑A๐๒๐, ๑A๐๒๑, ๑A๐๒๒, ๑A๐๒๓, ๑A๐๒๔, ๑A๐๒๕, ๑A๐๒๘, ๑A๐๒๙

กลุ่มวัย	เป้าประสงค์	คำอธิบาย
		<ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ รหัส ๑A๐๓๑๐๑, ๑A๐๓๑๐๒, ๑A๐๓๑๐๓, ๑A๐๓๑๐๔, ๑A๐๓๑๐๘, ๑A๒๐๐, ๑A๒๐๑, ๑A๒๐๒, ๑A๒๐๓, ๑A๒๐๘, ๑A๒๐๙ - ตามผลงาน QOF ไตรมาสที่ ๓-๔ ปี ๒๕๖๑ และไตรมาสที่ ๑-๒ ปี ๒๕๖๒ - ประเมินพร้อมกำหนดการประเมิน KPI ของจังหวัด

เอกสารแนบท้าย ๒

แนวทางการประมวลผลข้อมูลตัวชี้วัดระบบบริการปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๒

๑. การใส่ Code ICD ๑๐ เยี่ยมบ้าน

ประเมินการช่วยเหลือตนเอง ADL ว่าจัดในกลุ่มไหน

๑. ติดสังคม = ช่วยเหลือตนเองได้
๒. ติดบ้าน = ช่วยเหลือตนเองได้บางเป็นบางอย่าง
๓. ติดเตียง = ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

กลุ่มผู้พิการ

Z๕๐.๑ = มีการทำกายภาพบำบัด

Z๕๐.๘ = มีปัญหาหลายอย่าง

หัตถการเยี่ยมบ้าน = ๑A๓๐ - ๑A๓๙

กลุ่ม Palliative Care (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย)

Z๕๑.๕ + รหัสโรคที่เป็น = ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิตซึ่งไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้

หัตถการเยี่ยมบ้าน = สถานการณ์

หัตถการเยี่ยมบ้าน = ๑A๐๒๐ - ๑A๔๓๙ (กลุ่มผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป)

กลุ่มอื่นๆ

Z๗๓.๘ = ผู้ป่วยหอบหืด

หัตถการเยี่ยมบ้าน = ๑J๒๑

Z๐๘.๙ = ผู้ป่วยมะเร็ง

หัตถการเยี่ยมบ้าน = ๑A๐๐๒

Z๐๙๙ = ผู้ป่วยพักฟื้น

หัตถการเยี่ยมบ้าน = สถานการณ์

Z๐๙๓ = ผู้ป่วยจิตเวช

หัตถการเยี่ยมบ้าน = ๑A๐๒๐ - ๑A๐๒๘

Z๐๙.๘ = ผู้ป่วยอัมพาต

หัตถการเยี่ยมบ้าน = สถานการณ์

Z๐๙.๗ = ผู้ป่วยวัณโรค - ผู้ป่วยไตวาย

หัตถการเยี่ยมบ้าน = สถานการณ์

๒. รหัสผู้ป่วยในที่มีภาวะติดเตียง (ICD ๑๐ = R๒๖๓)

๗. ประเมินจากผู้สูงอายุไทย อายุตั้งแต่ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

- เป็นทะเบียนแบบสะสม ไม่ว่าจะถูกประเมินปีใดสถานพยาบาลใดก็ตาม จะนำผลครั้งสุดท้ายที่ถูกประเมินมา รายงาน (ทะเบียน Register)
- ตัดความซ้ำซ้อนและเชื่อมโยงประวัติด้วยเลขบัตรประชาชน ๑ คนจะมีเพียง ๑ record ด้วยเลขบัตรประชาชน แฟ้มที่ใช้ในการประเมิน SPECIALPP รหัสที่ใช้ในการประเมิน คือ
- รหัส ๑B๑๒๘๐ ติดสังคม (ADL ๑๒-๒๐ คะแนน)
- รหัส ๑B๑๒๘๑ ติดบ้าน (ADL ๕-๑๑ คะแนน)
- รหัส ๑B๑๒๘๒ ภาวะติดเตียง (ADL ๐-๔ คะแนน)

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๓ : ร้อยละคะแนนของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว

เป้าหมาย : ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ดาว มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕

น้ำหนัก : ๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรวรรณ คุสุกุลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางมาฆนุช ภูมิสายตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๙๔-๐๖๓๐๔๘๒

คำอธิบาย :

การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย

- ๑) บริหารดี
- ๒) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม
- ๓) บุคลากรดี
- ๔) บริการดี
- ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี

หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมทุกประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด ๕ ผลลัพธ์

ผ่านเกณฑ์ คือ ๕ ดาว ต้องมีทุกข้อต่อไปนี้

๑) คะแนนรายหมวด มากกว่าร้อยละ ๘๐

๒) คะแนนรวม ๕ หมวด มากกว่าร้อยละ ๘๐

(อ้างอิงจากคู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี ๒๕๖๒ กระทรวงสาธารณสุข)

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๓.๑ ระดับความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์การพัฒนาระดับ ๑-๕	ระดับ	๒	๑	๒	๓	๔	๕
๓.๒ ผลการประเมินรายหมวด จากคะแนนประเมิน รพ.สต.ติดดาว	คะแนน	๓	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

ส่วนที่ ๑ ให้คะแนนจากระดับความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์การพัฒนาระดับ ๑-๕ (น้ำหนัก ๒)
เกณฑ์การให้คะแนน :

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

โดยที่ :

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	<p>๑. มีการกำหนดเป้าหมายให้ รพ.สต.ที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ รพ.สต.ติดตามในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ พัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ในปี ๒๕๖๒</p> <p>๒. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ ที่ประกอบด้วยทีมพี่เลี้ยงจาก รพ.แม่ข่าย ทีมสหวิชาชีพ หมอครอบครัว ภาศึเครือข่าย ชุมชน อสม.</p> <p>๓. มีคณะกรรมการประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ ที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพ ด้านการประเมินตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม</p>
๒	<p>๑. อำเภอมีการกำกับดูแลให้ รพ.สต. เป้าหมายพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ในปี ๒๕๖๒ รพ.สต.กำหนดประเด็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP) จัดทำ และส่งแบบประเมินตนเองทุกแห่งให้ สสจ.มหาสารคาม ตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๒. อำเภอมีการกำกับดูแลให้ รพ.สต.ทุกแห่ง บันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินตนเอง ตาม เกณฑ์ รพ.สต.ติดตามถูกต้องครบถ้วน ตามระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/pcu</p> <p>๓. อำเภอมีข้อสรุปแผนพัฒนาส่วนขาด รพ.สต.ทุกแห่งในเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ที่ไม่ผ่านตาม เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๒</p>
๓	<p>๑. อำเภอมีการประเมินรับรองผลการประเมิน รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ และส่งผลการ รับรองพร้อมการสรุปผลการพัฒนาส่วนขาด ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ให้ สสจ.มค.ตามเวลา ที่กำหนด</p> <p>๒. อำเภอมีการบันทึกข้อมูลผลการประเมินรับรอง รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ ตามระบบ ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/PCU ถูกต้อง ครบถ้วน ทุกแห่งตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๓. อำเภอมีการประสานให้ รพ.สต.เป้าหมาย ปี ๒๕๖๒ ได้รับการประเมินรับรองจาก คณะกรรมการประเมิน รพ.สต.ติดตามระดับจังหวัด ตามเวลาที่กำหนด</p>

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
๔	อำเภอมีผลงาน รพ.สต.ผ่านการรับรองระดับ ๕ ดาว สะสม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕ ตามระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/PCU กระทรวงสาธารณสุข
๕	๑. อำเภอมีการสรุปผลลัพธ์ ที่ประชาชนได้รับจากการพัฒนารพ.สต.ติดดาว ตามเกณฑ์ ๕ หมวด ๒. อำเภอมีการสรุปผลลัพธ์การพัฒนาที่ประชาชนได้รับตามประเด็น OTOP ในทุกรพ.สต.ที่ผ่านการรับรองระดับ ๕ ดาว ปี ๒๕๖๒

ส่วนที่ ๒ ผลการประเมินรายหมวด จากคะแนนประเมิน รพ.สต.ติดดาว (น้ำหนัก ๓)

สูตรคำนวณ = $\frac{\text{ค่าเฉลี่ยคะแนนรายหมวดจากผลการประเมินที่จังหวัดประเมิน จำนวน ๒ แห่ง}}{\text{คะแนนเต็มรายหมวด}} \times ๑๐๐$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ผลการประเมินรายหมวด จากคะแนนประเมิน รพ.สต.ติดดาว	๓	คะแนน	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

เหตุผล : ๑. เป็นตัวชี้วัด PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒

๒. เป็นตัวชี้วัดที่ใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

๓. ผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดจากการพัฒนา รพ.สต.ติดดาว ต้องสามารถบอกได้ว่า ประชาชนได้รับประโยชน์อะไรจากการพัฒนา เนื่องจากการพัฒนาเป็นไปตามประเด็น พขอ./ODOP/OTOP

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว	ร้อยละ	ยังไม่วัด	๒๖.๘๖	๕๔.๒๙ (สะสม)
รพ.สต. ทั้งหมด	แห่ง	๑๗๕	๑๗๕	๑๗๕
รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว	แห่ง	ยังไม่ดำเนินการ	๔๗	๙๕ (สะสม)

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. มีการกำหนดเป้าหมายให้ รพ.สต.ที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ รพ.สต.ติดตามในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๑ พัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม	- หนังสือราชการรายงานเป้าหมายการพัฒนา รพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๒	✓		
๒. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ	- คำสั่งคกก.พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ	✓		
๓. มีคณะกรรมการประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ	- คำสั่งคกก.ประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ	✓		
๔. อำเภอมีการกำกับดูแลให้ รพ.สต.เป้าหมายพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ในปี ๒๕๖๒ รพ.สต.กำหนดประเด็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP) จัดทำและ ส่งแบบประเมินตนเอง ทุกแห่งให้ สสจ.มหาสารคาม ตามเวลาที่กำหนด	- แบบรายงานการประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ในปี ๒๕๖๒ รพ.เป้าหมาย - แบบรายงานประเด็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP)	✓		
๕. อำเภอมีการกำกับดูแลให้ รพ.สต. ทุกแห่ง บันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ถูกต้อง ครบถ้วน ตามระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/pcu	ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/pcu	✓		✓
๖. อำเภอมีข้อสรุปแผนพัฒนาส่วนขาด รพ.สต.ทุกแห่งในเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๒	- แบบรายงานแผนพัฒนาส่วนขาดรพ.สต.ทุกแห่งในเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๒	✓		
๗. อำเภอมีการประสานให้ รพ.สต.เป้าหมายปี ๒๕๖๒ ได้รับการประเมินรับรองจากคณะกรรมการประเมิน รพ.สต.ติดตามระดับจังหวัดตามเวลาที่กำหนด	- การประเมินระดับจังหวัด	✓		✓
๘. อำเภอมีผลงาน รพ.สต.ผ่านการรับรองระดับ ๕ ดาว สะสม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕ ตามระบบ	- รายงานการรับรองระดับ ๕ ดาว สะสม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ ระดับจังหวัด	✓		✓

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/PCU กระทรวงสาธารณสุข	- ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/PCU กระทรวงสาธารณสุข			
๙. อำเภอมีการสรุปผลลัพธ์ ที่ประชาชน ได้รับจากการพัฒนารพ.สต.ติดตาม ตาม เกณฑ์ ๕ หมวด	- รายงานผลลัพธ์การพัฒนาตาม เกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ๕ หมวด อำเภอละ ๑ เล่ม	✓		
๑๐. อำเภอมีการสรุปผลลัพธ์การพัฒนาที่ ประชาชนได้รับตามประเด็น OTOP ในทุก รพ.สต.ที่ผ่านการรับรอง ระดับ ๕ ดาว ปี ๒๕๖๒	- รายงานผลลัพธ์การพัฒนาตาม ประเด็น OTOP แยกราย รพ. สต.อำเภอละ ๑ เล่ม	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๔ : ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลและมีการจัดการซื้อตัวยา

ด้านจุลชีพ

เป้าหมาย : โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลและมีการจัดการซื้อตัวยาด้านจุลชีพ มีความสำเร็จระดับ ๕

น้ำหนัก : ๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางแฉล้ม รัตนพันธุ์ โทร. ๐๘๓-๔๕๕๕๒๒๗

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกาญจนา ไชยประดิษฐ์ โทร. ๐๘๕-๔๑๗๑๕๖๕

คำอธิบาย :

โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital : RDU) เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital และ RDU PCU โดย

- RDU Hospital หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (รพท./รพช.)

- RDU PCU หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย (รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกชื่ออื่น)

การจัดการซื้อตัวยาต้านจุลชีพ (AMR) เป็นการประเมินระบบจัดการการซื้อตัวยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (Self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง ๕ กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ ๒ ครั้ง เพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ตามกฤษฎีกา PLEASE)

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน โดยแต่ละข้อเป็นอิสระต่อกัน

โดยที่ : การประเมินโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital) (น้ำหนัก ๕)

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	- มีการขับเคลื่อนมาตรการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ (๐.๕ คะแนน) - มีการขับเคลื่อนงานเพื่อจัดการปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชน (๐.๕ คะแนน)
๒	มีการประชุมติดตาม และ/หรือ รายงานผลการดำเนินงานระดับอำเภอ ทุก ๓ เดือน สำหรับโรงพยาบาลมีรายงานผลการดำเนินงาน ๒๐ (+๑) ตัวชี้วัด ทุกเดือน (๑ คะแนน)
๓	มีการนำเสนอผลงานวิชาการด้านส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล (การให้คะแนน : ระดับอำเภอ ๐.๒ คะแนน, จังหวัด ๐.๔ คะแนน และระดับเขตขึ้นไป ๑ คะแนน)
๔	โรงพยาบาลและรพ.สต. ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๑ และ โรงพยาบาลจังหวัดผ่านตัวชี้วัด AMR (๑ คะแนน)
๕	๑. โรงพยาบาลและรพ.สต. ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๒ (๐.๔ คะแนน) ๒. ร้อยละของครัวเรือนประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่พบยากกลุ่มเสี่ยงที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (๐.๒ คะแนน) ๓. ร้อยละครัวเรือนของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (๐.๒ คะแนน)

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
	๔. ร้อยละของร้านชำไม่พบการจำหน่ายยาปฏิชีวนะและยากลุ่มเสี่ยงที่ปนเปื้อน สเตียรอยด์ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ (๐.๒ คะแนน)

โดยที่ : การประเมินการจัดการเชื้อดื้อยา (AMR) (หน้าหลัก ๑)

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน	
		รพท.	รพช.
๑	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการเชื้อดื้อยาและส่งเสริมให้มีการใช้เวชปฏิบัติศาสตร์การแพทย์อย่างสมเหตุผล	๑	๑
๒	มีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในสถานบริการที่ครอบคลุม ทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา	๑	๑
๓	มีการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและมีส่งเสริมการใช้เวชปฏิบัติศาสตร์การแพทย์อย่างสมเหตุผล และแก้ไขปัญหาจากผลการดำเนินงาน	๑	๑
๔	มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานทุก ๓ เดือน	๑	๑
๕	ผ่านการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ [รพท.ระดับปานกลาง (Intermediate) รพช.ระดับพื้นฐาน]	๑	๑

เหตุผล : เป็นตัวชี้วัดที่กำหนดเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขโดยเป็นแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาที่ ๑๕

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ประเด็น	รายการ	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
RDU	ร้อยละ รพ.RDU ชั้นที่ ๑	๘๐	๙๕	๑๐๐
	ร้อยละ รพ.RDU ชั้นที่ ๒	๒๐	๒๐	๘๐
	ร้อยละ รพ.RDU ชั้นที่ ๓	๐	๐	๒๐
RUA	ร้อยละรพ.สต./หน่วยบริการ ปฐมภูมิ ในเครือข่ายระดับอำเภอ มี อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดต่อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่ เกินร้อยละ ๒๐ ทั้งสองโรค	๔๐	๖๐	๑๐๐
AMR	รพ. ระดับ A, S และ M๑ มีการ จัดการการดื้อยาต้านจุลชีพใน โรงพยาบาล	- อัตราการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงร้อยละ ๑๐ จาก Baseline Data	- ร้อยละ ๒๐ ของ รพท.มี ระบบการ จัดการ AMR อย่างบูรณาการ ระดับปานกลาง	- อัตราการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด ลดลงร้อยละ ๕๐ จาก Baseline ปี ๒๕๖๐

แนวทางการประเมินผล : การประเมินโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital)

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑.๑ มีการขับเคลื่อนมาตรการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑.๒ มีการขับเคลื่อนงานเพื่อจัดการปัญหาการกระจายยาไม่เหมาะสมในชุมชน	- แผนงานโครงการเพื่อขับเคลื่อนมาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ - โครงการ, ภาพกิจกรรม, สรุปผลการดำเนินงาน - แผนการจัดประชุม PTC ประเด็น RDU อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง - รายงานการประชุม PTC - ผลการสำรวจการกระจายยาในชุมชน	✓	✓	✓
๒. มีการติดตาม และ/หรือ รายงานผลการดำเนินงาน ทุก ๓	- รายงานนิเทศติดตามของอำเภอ - รายงานประจำเดือนส่ง สสจ.	✓	✓	✓

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
เดือน สำหรับโรงพยาบาลมี รายงานผลการดำเนินงาน ๒๐(+๑) ตัวชี้วัด ทุกเดือน	- รายงานรายไตรมาส ผ่านระบบ รายงานเฉพาะกิจ กระทรวง สาธารณสุข			
๓. มีการนำเสนอผลงานวิชาการ ด้านส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล อย่างน้อยในระดับอำเภอขึ้นไป	- ไปประกาศการเข้าร่วมการ นำเสนอ - ไปประกาศผลการนำเสนอ - เอกสารยืนยันการเข้าร่วมการ นำเสนอ - เนื้อหาผลงานที่นำเสนอ	✓	-	✓
๔. โรงพยาบาลและรพ.สต. ผ่าน เกณฑ์ประเมินระดับการพัฒนาสู่ การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ ๑ โรงพยาบาลจังหวัดผ่านตัวชี้วัด AMR	- รายงานผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ระดับการพัฒนา สู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ชั้นที่ ๑ (ภาคผนวก)	✓	✓	✓
๕.๑ โรงพยาบาลและรพ.สต. ผ่าน เกณฑ์ประเมินระดับการพัฒนาสู่ การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ชั้นที่ ๒	- รายงานผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ระดับการพัฒนา สู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการ ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ชั้นที่ ๒ (ภาคผนวก)	✓	✓	✓
๕.๒ ร้อยละของครัวเรือน ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่พบยากลุ่ม เสี่ยงที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐	- รายงานการดำเนินงานส่งเสริม การใช้ยาปลอดภัยในชุมชน			
๕.๓ ร้อยละครัวเรือนของ ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่พบยา ปฏิชีวนะเหลือใช้ ไม่เกินร้อยละ ๑๐				
๕.๔ ร้อยละของร้านชำไม่พบการ จำหน่ายยาปฏิชีวนะและยากลุ่ม เสี่ยงที่ปนเปื้อนสเตียรอยด์ ไม่ต่ำ กว่าร้อยละ ๘๐				

แนวทางการประเมินผล : การประเมินการจัดการเชื้อดื้อยา (AMR)

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการเชื้อดื้อยาและส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างสมเหตุผล	- คำสั่งแต่งตั้งที่ระบุบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการเชื้อดื้อยาและการส่งเสริมให้มีการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์อย่างสมเหตุผล	✓		
มีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในสถานบริการที่ครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา	- แผนปฏิบัติการตามหลักยุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่ส่งเสริมการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในสถานบริการที่ครอบคลุมทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อดื้อยา ที่ได้รับการอนุมัติแล้ว	✓		
มีการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและมีส่งเสริมการใช้วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างสมเหตุผล และแก้ไขปัญหาจากการดำเนินงาน	เอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารการเบิกจ่ายงบประมาณ โครงการที่ได้รับการอนุมัติ ภาพถ่ายการดำเนินงาน กิจกรรม แบบบันทึกผลการดำเนินงาน รายงานผลทางห้องปฏิบัติการ	✓		
มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน	- รายงานการประชุม - รายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา	✓	✓	✓
ผ่านการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ รพท.ระดับปานกลาง (Intermediate) รพช.ระดับพื้นฐาน	- ผลการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้าน จุลชีพอย่างบูรณาการ	✓		

หมายเหตุ : ดาวน์โหลดแบบประเมินการจัดการเชื้อดื้อยา (AMR) กระทรวงสาธารณสุข ได้ที่

http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/AMR_SelfAssessmentForm_๒๕๑๒๖๑.pdf

เอกสารแนบท้าย ๑

ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ดังนี้

ขั้นที่ ๑ หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้

ประเมินด้านกระบวนการ	
RDU ๑ (โรงพยาบาล)	RDU ๒ : รพ.สต.
๑. มีการกำหนดให้มีนโยบายเป็น RDU Hospital ๒. มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล ๓. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU ๒๐ ตัวชี้วัด ๔. มีการติดตามประเมินผล ๕. การจัดการเชื้อตื้อยา (AMR) : กรณีเป็น รพ. ระดับ A, S, M๑ ต้องมีแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อและการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล	
ประเมินผลการดำเนินงาน	
RDU ๑ (โรงพยาบาล)	RDU ๒ : รพ.สต.
๑. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๒. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาจัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐานและฉลากยาเสริม ๑๓ กลุ่มยา ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓	จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง ๒ โรค

เอกสารแนบท้าย ๒

ขั้นที่ ๒ หมายถึง การดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU ดังนี้

ประเมินผลการดำเนินงาน	
RDU ๑ (โรงพยาบาล)	RDU ๒ : รพ.สต.
<p>โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด ๕ ตัว ตามตัวชี้วัดขั้นที่ ๑ ๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน, โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน, แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๔ ตัวชี้วัด ๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๔. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕ ๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin (ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve), statins, ergots ๖. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ ๑๐ จาก Baseline Data 	<p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ ของรพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p>

เอกสารแนบท้าย ๓

รายละเอียดตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ RDU ๒๐ รายการ และ AMR ๑ รายการ

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	RDU ชั้นที่		
			๑	๒	๓
๑	ร้อยละการสั่งยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ (*รพ.ระดับ A > ๗๕%, S > ๘๐%, M๑-M๒ > ๘๕%, F๑-F๓ > ๙๐%)	ตามระดับ	√	√	√
๒	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ ๓	√	√	√
๓	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยา มาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา ๑๓ กลุ่ม ระดับ ๓	√	√	√
๔	จำนวนรายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ ๑ รายการ	√	√	√
๕	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ ๓	√	√	√
๖	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก รพท. ≤ ๓๐% รพช. ≤ ๒๐%	ตามระดับ	-	√	√
๗	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ๒๐%	-	√	√
๘	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ		≤ ๕๐%	≤ ๕๐%	≤ ๔๐%
๙	อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด		≤ ๑๕%	≤ ๑๕%	≤ ๑๐%
๑๐	ร้อยละของการใช้ RAS blockade (ACEI/ARB/Renin inhibitor) ๒ ชนิด ร่วมกัน ในการรักษาความดันเลือดสูง	ร้อยละ ๐	-	-	√
๑๑	ร้อยละการใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี หรือมี eGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร	≤ ๕%	-	√	√

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	RDU ชั้นที่	RDU ชั้นที่	RDU ชั้น
			๑	๒	ที่ ๓
๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้ (eGFR < ๓๐ มล./นาที)	≥ ๘๐%	-	-	√
๑๓	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ๕%	-	-	√
๑๔	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับ NSAIDs	≤ ๑๐%	-	√	√
๑๕	ร้อยละผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ ๘๐%	-	-	√
๑๖	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุ (เกิน ๖๕ ปี) ที่ใช้ยากลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate ในการรักษาภาวะนอนไม่หลับ	≤ ๕%	-	-	√
๑๗	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ควรหลีกเลี่ยงได้แก่ยา Warfarin/Statins/ Ergot เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว	๐ คน	-	√	√
๑๘	อัตราการได้รับยาต้านฮิสตามีนชนิด non-sedating* ในเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ (ครอบคลุมโรคตามรหัส ICD-๑๐ ตาม RUA-URI)	≤ ๒๐%	-	-	√
๑๙	ร้อยละของ รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจ ช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐		≥ ๔๐%	≥ ๖๐%	๑๐๐%
๒๐	ร้อยละของ รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายที่มีอัตราการใช้จ่ายปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ≤ ร้อยละ ๒๐		≥ ๔๐%	≥ ๖๐%	๑๐๐%
AMR	อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่ส่งตรวจ (รพท.)	ลดลง	-	มี baseline	ลดลงจาก baseline ๕๐%

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๕ : ความสำเร็จของโครงการควบคุมวัณโรค ตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ

ตัวชี้วัดที่ ๕.๑ : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)

ตัวชี้วัดที่ ๕.๒ : อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage)

ตัวชี้วัดที่ ๕.๓ : ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner, Patient with CKD stage ๔, ๕

ตัวชี้วัดที่ ๕.๔ : คะแนนของการดำเนินงานคลินิกวัณโรคทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

เป้าหมาย :

๕.๑ : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) \geq ร้อยละ ๘๕

๕.๒ : อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage) \geq ร้อยละ ๘๒.๕

๕.๓ : ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner, Patient with CKD stage ๔, ๕ ร้อยละ ๑๐๐

๕.๔ : คะแนนของการดำเนินงานคลินิกวัณโรคทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคะแนนไม่น้อยกว่า ๙๐

คะแนน

น้ำหนัก : ๗

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี

โทร. ๐๘๖-๒๓๔-๖๓๓๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสายพิน ทองคำ

โทร. ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔

นางสาวอรอุมา คำคำวี

โทร. ๐๙๔-๙๓๙-๔๗๓๘

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๕.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๑	๗๗	๗๙	๘๑	๘๓	๘๕
๕.๒ อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage)	ร้อยละ	๑	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
๕.๓ ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง	ร้อยละ	๒	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
๕.๔ คะแนนของการดำเนินงานคลินิกวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	๓	๙๐	๙๑	๙๒	๙๓	๙๔

ตัวชี้วัดที่ ๕.๑ : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

น้ำหนัก : ๑

คำอธิบาย :

ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา

รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง

ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ ๘๕

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อเร่งรัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยตามมาตรฐานให้หายและกินยาครบ
๒. เพื่อลดการเสียชีวิต/ขาดยา เพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑)

แหล่งข้อมูล : ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือน ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๑) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับการรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๒ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๒

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือน ตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๑)

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๕.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๑	ร้อยละ	๗๗	๗๙	๘๑	๘๓	๘๕

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๘๑.๙๖	๘๑.๐๔	๘๕.๑๐

เกณฑ์การประเมิน :

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. จัดตั้งกลไกการกำกับภารกิจยาและติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง ๒. บริหารจัดการและตรวจทดสอบความไวโตยา (DST) เพื่อค้นหา RR/MDR-TB ๓. กำกับติดตามและประเมินผลการรักษาด้วยระบบข้อมูล TBCM online	๑. ผลการขึ้นทะเบียนของกลุ่มเสี่ยงได้รับการค้นหาวัณโรคโดยการเอกซเรย์ทรวงอก ๒. ประเมินผลการรักษาจากโปรแกรม TBCM online	๑. ลดการขาดยา กลไก case management team ๒. กำกับ ติดตามรักษา ดูแลรักษาผู้ป่วยด้วย DOT ทุกราย ๓. ใช้โปรแกรม TBCM ในการกำกับติดตาม และส่งต่อผู้ป่วย	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดพบเชื้อรายใหม่ (\geq ร้อยละ ๘๕)

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๔. Dead case Conference		๔. ลดการเสียชีวิต คัดกรอง และตรวจวินิจฉัย ด้วยวิธีที่รวดเร็ว Active case finding ในโรงพยาบาล เน้นกลุ่มที่มีโรคร่วม ภาวะภูมิต้านทานต่ำ และติดเชื้อ HIV ๕. ตรวจทดสอบความไว ต่อ ยาทุกรายเพื่อค้นหา RR/MDR	

วิธีการประเมินผล :

ประเมินจากอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรครวบรวมเพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข

หลักฐานประกอบการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ : โปรแกรม TBCM Online รายอำเภอ

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔

หมายเหตุ :

- ครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๒ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๒
- ติดตามตามผลการดำเนินงานตามมาตรการทุกไตรมาส

ตัวชี้วัดที่ ๕.๒ : อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage) \geq ๘๒.๕%

น้ำหนัก : ๑

คำอธิบาย :

Treatment coverage หมายถึง อัตราความครอบคลุมการรักษา

Incident case หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรคในแต่ละปี หาได้จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท (ข้อมูลจาก tbc Thailand.net)

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage) \geq ๘๒.๕%

วัตถุประสงค์ : ๑. เพิ่มความครอบคลุมการค้นพบและรักษา

๒. เร่งรัดการค้นหาและขึ้นทะเบียนในสถานพยาบาลในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑-๔ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ - กันยายน ๒๕๖๒)

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๕.๒ อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage)	๑	ร้อยละ	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

แหล่งข้อมูล : ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายบุคคล

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

$$\text{(Treatment Coverage)} = \frac{\text{incident case} \times 100}{\text{ค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๖/แสนประชากร)}}$$

การคำนวณค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๖/แสนประชากร)

$$\text{ค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค} = \frac{\text{จำนวนประชากรกลางปีจังหวัดมหาสารคาม} \times 156}{100,000}$$

ตัวอย่างการคำนวณ

๑. ปี ๒๕๖๑ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีประชากรกลางปี ๑๕๙,๒๓๑ คน มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน (incident case) ๔๘๕ คน คำนวณหา (Treatment Coverage) ดังนี้

$$\text{ค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค} = \frac{159,231 \text{ คน} \times 156}{100,000} = 248 \text{ คน}$$

$$\text{(Treatment Coverage)} = \frac{\text{incident case} \times 100}{(156/\text{แสนประชากร})} = \frac{485 \times 100}{248}$$

$$\text{(Treatment Coverage)} = 195.56\% \text{ (เกินเป้าหมาย } 82.5\% \text{)}$$

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage)	ร้อยละ	N/A	N/A	๘๙.๓๙

ร้อยละความครอบคลุมการรักษา ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จังหวัดมหาสารคาม รายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	ปชก.	๑๕๖/แสน	Incident case	Treatment coverage
๑	เมืองมหาสารคาม	๑๕๙,๒๓๑	๒๔๘	๔๕๕	๑๘๓.๑๗
๒	บรบือ	๑๐๙,๐๑๗	๑๗๐	๑๓๕	๗๙.๓๘
๓	พยัคฆภูมิพิสัย	๘๗,๗๓๖	๑๓๗	๙๖	๗๐.๑๔
๔	วาปีปทุม	๑๑๔,๓๔๘	๑๗๘	๑๓๑	๗๓.๔๔
๕	โกสุมพิสัย	๑๒๐,๑๒๑	๑๘๗	๒๐๐	๑๐๖.๗๓
๖	เขียงยืน	๖๑,๓๖๙	๙๖	๑๑๘	๑๒๓.๒๖
๗	นาเชือก	๖๑,๑๗๑	๙๕	๗๒	๗๕.๔๕
๘	ยางสีสุราช	๓๕,๓๓๔	๕๕	๓๑	๕๖.๒๔
๙	กันทรวิชัย	๘๕,๑๘๔	๑๓๓	๕๙	๔๔.๔๐
๑๐	นาคูน	๓๗,๕๑๐	๕๙	๒๗	๔๖.๑๔
๑๑	แกดำ	๒๙,๘๔๗	๔๗	๑๕	๓๒.๒๒
๑๒	ชื่นชม	๒๔,๙๔๕	๓๙	๑	๒.๕๗
๑๓	กุตุรัง	๓๗,๒๕๙	๕๘	๐	๐
	รวม	๙๖๓,๐๗๒	๑,๕๐๒	๑,๓๔๐	๘๙.๑๙

แหล่งข้อมูล : tbcmthailand.net ข้อมูล ณ วันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๖๒

เกณฑ์การประเมิน :

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. นำเสนอ Treatment coverage ผลงานปี ๒๕๖๑ และ Notification ปี ๒๕๖๒ ๑๕๖ ต่อแสนประชากร รายอำเภอ	๑. สรุปผลการดำเนิน อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage) ตรวจสอบการรอบ ๑ ก.พ. ๖๒	๑. สรุปผลการดำเนิน อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage) ตรวจสอบการรอบ ๒ ก.ค. ๖๒	อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage) \geq ๘๒.๕%

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๒. ประเมินผลการขึ้นทะเบียนจากโปรแกรม TBCM online ๓. กำกับ ติดตามและ ประเมินผลการขึ้นทะเบียนของกลุ่มเสี่ยง ได้รับการค้นหาวัณโรค โดยการเอกซเรย์ทรวงอก	๒. วิเคราะห์สาเหตุการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ต่ำในอำเภอที่น้อยกว่าเป้าหมาย $\geq ๘๒.๕\%$	๒. วิเคราะห์สาเหตุการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ต่ำในอำเภอที่น้อยกว่าเป้าหมาย $\geq ๘๒.๕\%$ ๓. นำเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาในอัตราความครอบคลุมการรักษาต่ำกว่าเป้าหมาย	

วิธีการประเมินผล :

ประเมินจากการผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งหมด ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๑ – กันยายน ๒๕๖๒) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด

หลักฐานประกอบการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ : โปรแกรม TBCM Online รายอำเภอ

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔

ตัวชี้วัดที่ ๕.๓ : ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม ที่ต้องเฝ้าระวังทร่วงอก ร้อยละ ๑๐๐

๑. ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (House Hold Contact)
๒. ผู้ป่วยโรคเอดส์หรือ AIDS
๓. บุคลากรสาธารณสุข (Heath Care Worker)
๔. Elderly \geq ๖๕ ปี with DM uncontrolled (HbA_{1c} \geq ๗, FBS \geq ๑๔๐)
๕. Patient with CKD Stage ๔, ๕
๖. ประชากรข้ามชาติ (Migrant)
๗. ผู้ต้องขัง (Prisoner)

น้ำหนัก : ๒

คำอธิบาย :

ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (House Hold Contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถ้านอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับ และติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว และนับระยะเวลา ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยกี่วันก็ได้ในช่วงระหว่าง ๓ เดือนที่ผ่านมา

ผู้ป่วยโรคเอดส์หรือ AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) หมายถึง เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์หรือ Human Immunodeficiency Virus : HIV

บุคลากรสาธารณสุข (Heath Care Worker) หมายถึง กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

Elderly \geq ๖๕ ปี with DM uncontrolled (HbA_{1c} \geq ๗, FBS \geq ๑๔๐) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี และมีโรคเบาหวาน และมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือด \geq ๑๔๐ และหรือ HbA_{1c} \geq ๗

Patient with CKD Stage ๔, ๕ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีโรคไตวายและมีค่าการทำงานของไต ระดับ ๔ หรือระดับ ๕

ประชากรข้ามชาติ (Migrant) หมายถึง ประชากรข้ามชาติที่อาศัย ในราชอาณาจักรไทยในพื้นที่อำเภอ

ผู้ต้องขัง (Prisoner) หมายถึง ผู้ต้องกัก/ผู้ต้องขัง ในเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของเขตรับผิดชอบอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๕.๓ ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังทร่วงอก	๒	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐

แหล่งข้อมูล : ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงในโปรแกรม TBCM Online

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มที่ต้อง เฝ้าระวังแทรกซ้อน	ร้อยละ	N/A	N/A	ร้อยละ ๙๖.๓๗

เป้าหมายประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะค้นหาวัณโรคโดยเฝ้าระวังแทรกซ้อน ร้อยละ ๑๐๐ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	อำเภอ	จำนวนเป้าหมายประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยเป็นวัณโรค (คน)							
		บุคลากร สาสุข	ผู้สัมผัส	เอชไอวี	Elderly ≥ ๖๕ ปี with DM uncontrolled (HbA1c ≥ ๗ FBS ≥ ๑๔๐)	Patient CKD Stage ๔,๕	ผู้ต้องขัง	Migrant	รวม
๑	เมือง	๑,๖๐๐	๘๐๐	๑,๘๐๐	๑,๖๐๐	๔๘๑	๒,๕๐๐	๑๖๙	๘,๙๕๐
๒	บริบูรณ์	๕๐๑	๒๒๒	๓๗๒	๑,๐๑๐	๓๐๘	๐	๙๐	๒,๕๐๓
๓	พยุหะ	๔๐๕	๑๔๑	๑๔๐	๑,๐๖๖	๖๐๐	๐	๒๘	๒,๓๘๐
๔	โกสุม	๔๕๔	๓๕๔	๓๒๓	๑,๕๖๒	๒๓๐	๐	๕๒	๒,๙๗๕
๕	วาปีปทุม	๔๗๕	๔๓๕	๒๑๐	๑,๕๗๘	๘๔	๐	๓๕	๒,๖๖๙
๖	เขียงยืน	๒๘๐	๒๗๙	๑๘๕	๙๗๕	๔๐๔	๐	๑๗	๒,๑๔๐
๗	กันทรวิชัย	๒๕๐	๑๒๐	๑๙๐	๘๑๒	๑๘๗	๐	๒๕	๑,๖๘๔
๘	แกดำ	๑๙๘	๖๖	๓๙	๔๒๑	๑๓๘	๐	๐	๘๖๒
๙	นาดูน	๒๐๖	๑๙๒	๖๖	๔๘๒	๑๖๘	๐	๒	๑,๑๑๖
๑๐	นาเชือก	๒๑๖	๑๗๒	๙๘	๓๘๕	๑๖๐	๐	๑๕	๑,๐๕๖
๑๑	ยางสีสุราช	๑๗๘	๑๒๙	๑๐๐	๔๙๕	๕๐	๐	๒๐	๙๗๒
๑๒	กุตุรง	๑๓๐	๑๘๓	๙๒	๖๐๗	๕๔	๐	๐	๑,๐๖๖
๑๓	ชื่นชม	๑๐๕	๑๓๕	๗๘	๒๑๐	๖๘	๐	๐	๕๙๖
๑๔	รพ. สุทธาเวช	๑๗๑	๑๐๐	๙๗	๖๓	๔๔	๐	๐	๔๗๕
รวม		๕,๑๖๖	๓,๓๒๘	๓,๗๙๐	๑๑,๒๖๖	๒,๙๗๖	๒,๕๐๐	๔๕๓	๒๙,๔๘๒

แหล่งที่มาของข้อมูล : มติที่ประชุม NOC-TB ในวันที่ ๒๕ ต.ค. ๖๑ สรุปกลุ่มเสี่ยงที่จะค้นหาผู้ป่วย New TB ใน ๗ กลุ่มเสี่ยง นำเสนอข้อมูล ภายใน ๓๑ ต.ค. ๖๑

เกณฑ์การประเมิน :

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑. ทุกอำเภอกำหนดจำนวนเป้าหมายประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะป่วยเป็นวัณโรค ในการเอ็กซเรย์ทรวงอก ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๒. ส่ง Time Line การดำเนินการเอ็กซเรย์ทรวงอก ๗ กลุ่ม</p> <p>๓. มีผลการดำเนินการเอ็กซเรย์ทรวงอก อย่างน้อย ๓ กลุ่ม ได้แก่ HHC, HIV, ผู้ต้องขัง (ดำเนินการ พ.ย. ๒๑ CXR ผู้ต้องขังรายใหม่ งบกองทุนโลก)</p> <p>๔. ดำเนินการลงผลการเอ็กซเรย์ทรวงอกในระบบ TBCM Online</p> <p>๕. เพิ่มความครอบคลุมการค้นพบและรักษาและพัฒนาคุณภาพและความครอบคลุมของการเอ็กซเรย์และตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ปี ๒๕๖๒ ความครอบคลุมของการค้นพบและขึ้นทะเบียนรักษา Treatment coverage > ร้อยละ ๘๒.๕</p> <p>๖. เรงรจัดการคนหาและขึ้นทะเบียนในสถานพยาบาลในและนอกสังกัด ก.สร. กลไก พรบ.โรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ กำกับติดตามการขึ้นทะเบียน</p>	<p>๑. สรุปผลการดำเนินการเอ็กซเรย์ทรวงอก ๗ กลุ่ม รับการตรวจราชการ รอบ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๒</p> <p>๒. ผลการดำเนินการเอ็กซเรย์ทรวงอก อย่างน้อย ๔ กลุ่ม ได้แก่ HHC, HIV, Elderly \geq ๖๕ ปี with DM uncontrolled, Migrant</p> <p>๓. ดำเนินการลงผลการเอ็กซเรย์ทรวงอกในระบบ TBCM Online</p>	<p>๑. สรุปผลการดำเนินการเอ็กซเรย์ทรวงอก ๗ กลุ่ม รับการตรวจราชการ รอบ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒</p> <p>๒. ผลการดำเนินการเอ็กซเรย์ทรวงอก อย่างน้อย ๖ กลุ่ม ได้แก่ HHC, HIV, Elderly \geq ๖๕ ปี with DM uncontrolled, Migrant, HCW, ผู้ต้องขัง (ดำเนินการ พ.ค. ๖๒ CXR ผู้ต้องขังรายใหม่และรายเก่า งบ สปสช.)</p> <p>๓. ดำเนินการลงผลการเอ็กซเรย์ทรวงอกในระบบ TBCM Online</p>	<p>๑. สรุปผลการดำเนินการเอ็กซเรย์ทรวงอก ๗ กลุ่ม</p> <p>๒. ผลการดำเนินการเอ็กซเรย์ทรวงอก อย่างน้อย ๗ กลุ่ม</p> <p>๓. ดำเนินการลงผลการเอ็กซเรย์ทรวงอกในระบบ TBCM Online</p>

วิธีการประเมินผล :

ผลงานการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ผ่านระบบโปรแกรม TBCM Online รายอำเภอ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

บันทึกข้อมูลผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ผ่านระบบโปรแกรม TBCM Online รายอำเภอ

หลักฐานประกอบการประเมิน

เครื่องมือที่ใช้ : โปรแกรม TBCM Online รายอำเภอ

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔

ตัวชี้วัดที่ ๕.๔ : คะแนนของการดำเนินงานคลินิกวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

น้ำหนัก : ๓

คำอธิบาย :

คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนที่มีผลการประเมินมาตรฐาน ตั้งแต่ ๙๐ คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน (จากมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ๒๐ ตัวชี้วัด ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญของยุทธศาสตร์หยุดยั้งวัณโรค (The Stop TB Strategy) และ แผนงานวัณโรคแห่งชาติ (NTP) และเพิ่มประเด็นหลักอื่นๆอีก เพื่อให้มีความครอบคลุม กรมควบคุมโรคได้นำ ตัวชี้วัดดังกล่าวมาเป็นตัวชี้วัดเพื่อการประเมินตามกรอบการปฏิบัติราชการ)

เอกสารอ้างอิง : คู่มือประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพดูแลรักษาวัณโรค ปี ๒๕๖๐

www.tbthailand.org/QTB

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๕.๔ คะแนนของการดำเนินงานคลินิกวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๓	ร้อยละ	๙๐	๙๑	๙๒	๙๓	๙๔

กำหนดการให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากผลการประเมินมาตรฐานการดำเนินงาน “คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ” ของโรงพยาบาล

เกณฑ์เป้าหมาย :

คะแนนของการดำเนินงานคลินิกวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คะแนนไม่น้อยกว่า ๙๐ คะแนน

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน”
๒. เพื่อลดการเสียชีวิต/ขาดยา เพิ่มอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรค
๓. เพื่อเร่งรัดค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาล ๑๓ แห่ง ในจังหวัดมหาสารคาม

สูตรการคำนวณ : เกณฑ์การผ่านมาตรฐาน โรงพยาบาลคุณภาพ

ผ่าน หมายถึง มีผลรวมของคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ คะแนน

ไม่ผ่าน หมายถึง มีผลรวมของคะแนนต่ำกว่า ๙๐ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน “โรงพยาบาลคุณภาพ การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน”	ร้อยละ	๙๓	๙๑	๘๕.๓๖

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. คลินิก วัณโรคที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตั้งแต่ ๙๐ คะแนนขึ้นไป โดยคณะประเมินระดับจังหวัด	<p>สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ดำเนินงานและรวบรวมข้อมูลตามคู่มือประเมินมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ ปี ๖๑” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการออกประเมินทุกอำเภอ</p> <p><u>แหล่งข้อมูล :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ฐานข้อมูล/รายชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ผ่านการอบรม ๒. หนังสือแต่งตั้งคณะกรรมการงานวัณโรคและรายงานการประชุม ๓. ข้อมูลในระบบโปรแกรม TBCM Online TB๐๗ TB๐๘ PMDT๐๗ ๔. เอกสารใบตอบผลการประเมินการตรวจสอบสไลด์ AFB ๕. OPD Card สมุด DOT ๖. สุ่มเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สอบถาม และตรวจสอบยา อย่างน้อย ๑ ราย (ในผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อที่มี พี่เลี้ยงซึ่งไม่ใช่บุคลากรสาธารณสุข) ๗. ตรวจสอบเอกสารหรือการบันทึกของการบริหารทางเภสัชกรรม สุ่มตรวจยาวัณโรคที่เก็บในคลังยาและตรวจการจดบันทึกระดับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ในสถานที่ ๆ มีการเก็บยาเกิน ๑ เดือน ๘. ตรวจสอบเอกสารแจ้งเวียน แบบฟอร์มการคัดกรองวัณโรค สัญลักษณ์ที่บัตรผู้ป่วย ป้ายประชาสัมพันธ์ แนะนำให้ผู้ที่มีอาการไอสวมหน้ากากอนามัย และสอบถามบุคลากรของจุดต่างๆ เพื่อแสดงให้เห็นถึงการบริการที่รวดเร็วสำหรับช่องทางด่วน/พิเศษ 	√	-	-

ทีมประเมิน : คณะกรรมการผู้รับผิดชอบงานวิจัยโรคและเอดส์ของจังหวัด ลงประเมินอำเภอให้คะแนน ตาม
แผนงานยุทธศาสตร์จังหวัด

แบบฟอร์มการให้คะแนนผลการประเมินมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคคุณภาพ” ปี ๒๕๖๒

QTBC3

ชื่อ รพ..... จังหวัด..... ว/ด/ป ที่ประเมิน..... ชื่อผู้ประเมิน.....

มาตรฐาน	รายการ	คะแนน						หมายเหตุ
		๕	๔	๓	๒	๑	๐	
มาตรฐานที่ ๑. การตอบสนองเชิงนโยบาย								
	๑.๑ มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค							
	๑.๒ มีกิจกรรมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานวัณโรคในภาพรวมของโรงพยาบาล							
มาตรฐานที่ ๒. การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในระยะเริ่มแรก								
	๒.๑ การจัดทำทะเบียนชั้นสูตรวัณโรคครบถ้วน							
	๒.๒ การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่ทุกราย ตรวจเสมหะ ๓ ตัวอย่าง โดย ๑ ตัวอย่างเก็บหลังตื่นนอนตอนเช้า ยกเว้นห้องปฏิบัติการที่ผ่านการประเมินคุณภาพ (EQA) ให้ตรวจเสมหะ ๒ ตัวอย่าง							
มาตรฐานที่ ๓. การวินิจฉัยวัณโรค								
	๓.๑ การตรวจชั้นสูตรเสมหะด้วยกล้องจุลทรรศน์ผ่านการประเมินคุณภาพตามวิธีการและเกณฑ์ของกรมควบคุมโรค (EQA/LQAS)							
	๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่เป็นผู้ใหญ่ต่อผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทั้งหมด							
มาตรฐานที่ ๔. การรักษาวัณโรค								
	๔.๑ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทุกรายได้รับการรักษาด้วยระบบยา ๒HRZE/๔HR							
	๔.๒ ผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อมีพิถีพิถันดูแลการกินยา (DOT)							
มาตรฐานที่ ๕. บริหารจัดการยาวัณโรค								
	๕.๑ ยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First Line Drugs) มีเพียงพอและมีการบริหารทางเภสัชกรรม							
	๕.๒ มียาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First Line Drugs) มีคุณภาพและมีการจัดเก็บตามมาตรฐาน							
มาตรฐานที่ ๖. ทะเบียนและรายงานวัณโรค								
	๖.๑ การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเสมหะพบเชื้อรายใหม่ทุกรายและกรอกข้อมูลอย่างครบถ้วน ใน โปรแกรม TBCM Online							
	๖.๒ ดึงข้อมูลจาก โปรแกรม TBCM Online ได้อย่างครบถ้วน จากข้อมูลรายบุคคลที่ลงทะเบียนการรักษาวัณโรค							

มาตรฐานที่ ๗. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล						
	๗.๑ บริการช่องทางด่วนพิเศษ สำหรับตรวจผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเมื่อมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกชันสูตร และแผนกเภสัชกรรม)					
	๗.๒ การจัดสถานที่ของคลินิกวัณโรคแยกห่างจากคลินิกผู้ป่วยอื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค					
มาตรฐานที่ ๘. การดำเนินงานวัณโรคและโรคเอดส์						
	๘.๑ ผู้ป่วยวัณโรคทุกรายที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ HIV					
	๘.๒ ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างรักษาวัณโรค					
มาตรฐานที่ ๙. การบริหารจัดการวัณโรคดื้อยา						
	๙.๑ ผู้ป่วยที่มีประวัติการรักษาวัณโรคมาก่อน (History of previous treatment) มีผลตรวจทดสอบความไวต่อยาวัณโรคแนวที่หนึ่ง (First-line drug susceptibility testing)					
	๙.๒ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาหลายขนาน (Confirmed MDR-TB) ได้รับการขึ้นทะเบียนครบถ้วนทุกรายและได้รับการรักษาถูกต้องทุกราย					
มาตรฐานที่ ๑๐. การประเมินผลการรักษาวัณโรค						
	๑๐.๑ อัตราความสำเร็จของการรักษาในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ					
	๑๐.๒ อัตราการขาดยามากกว่า ๒ เดือนติดต่อกัน ในผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ					
รวม						
รวมทั้งหมด						

หมายเหตุ เกณฑ์การผ่านมาตรฐานคลินิกวัณโรคคุณภาพ คือ

ก. ผ่าน หมายถึง มีผลรวมของคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ ๙๐ คะแนน

ข. ไม่ผ่าน หมายถึง มีผลรวมของคะแนนต่ำกว่า ๙๐ คะแนน

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๓ : บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๖ : ความสำเร็จของเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนา
กำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๖.๑ : ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพ (เครือข่ายบริการ CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบ
การผลิตและพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ

ตัวชี้วัดที่ ๖.๒ : ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๖.๓ : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้

ตัวชี้วัดที่ ๖.๔ : ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ

(ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)

ตัวชี้วัดที่ ๖.๕ : ระดับความสำเร็จการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

น้ำหนัก : ๔

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุธิดา คณະมะ โทร. ๐๘๑ ๙๕๔๕๐๘๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายบวร จอมพรรษา โทร. ๐๘๔ ๒๗๘๐๐๐๗

ตัวชี้วัดที่ ๖.๑ : ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพ(เครือข่ายบริการ CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิต
และพัฒนากำลังคนผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ

เป้าหมาย : ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๔ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ (เป้าหมาย ๕ ปี ๒๕๖๕ ที่ ระดับ ๕)

น้ำหนัก : ๐.๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุธิดา คณະมะ โทร. ๐๘๑ ๙๕๔๕๐๘๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายบวร จอมพรรษา โทร. ๐๘๔ ๒๗๘๐๐๐๗

คำอธิบาย :

การบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนา
กำลังคน หมายถึง เครือข่ายบริการมีกระบวนการในการ
ดำเนินการเพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพของเครือข่ายมีปริมาณที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และมี
ศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับการบริการสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทุกสิทธิ
รวมทั้งการพัฒนาสู่การบริการสุขภาพในระดับนานาชาติ และพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ โดยในกระบวนการต้องมี
องค์ประกอบ ดังนี้

การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนา
กำลังคน หมายถึง หน่วยงานมีกระบวนการในการ
ดำเนินการเพื่อให้ได้บุคลากรด้านสุขภาพทั้งปริมาณและศักยภาพที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และ
ศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับสถานบริการ ประชาชนเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้อย่างครอบคลุม
ทั่วถึงทุกสิทธิ โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ การวางแผนการผลิตและพัฒนา
กำลังคน หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนา
บุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ ๕ ปี ครอบคลุมทั้ง
๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ๓๘ สายงาน ประกอบด้วย

๑. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข
๒. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่
 - ๒.๑ บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ๗ สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย
 - ๒.๒ บุคลากรอื่น มี ๗ สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา
๓. บุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี ๗ สายงาน ประกอบด้วย
 - เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์
๔. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี ๑๐ สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ
๕. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

องค์ประกอบที่ ๒ การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) เพื่อพัฒนาความร่วมมือกับสถาบันการผลิตและพัฒนากำลังคนในหน่วยงาน และใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรที่มีความเป็นมืออาชีพให้บริการแก่ประชาชนในหน่วยงาน

องค์ประกอบที่ ๓ การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการวางแผนการจัดสรร/การใช้ติดตามการใช้งบประมาณ ที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์จังหวัด/เขตสุขภาพ/กระทรวง/ประเทศโดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการกำลังคนและพัฒนาดคน ผลการพัฒนาและร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

องค์ประกอบที่ ๔ การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจายบุคลากร โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้งการกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ ๒๐ ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ซึ่งตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมาย เชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

๑. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้
 - ๑.๑ การวางแผนอัตรากำลัง
 - ๑.๒ พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร
 - ๑.๓ บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก

๑.๔ การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร

๑.๕ การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร

๑.๖ การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

๒. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ ๒ รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด

องค์ประกอบที่ ๕ การประเมินผลกระบวนกระบวนการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของหน่วยงาน หมายถึง กระบวนการติดตามและวิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของเขตสุขภาพด้านการวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการ เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มค่า และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม

ผลการบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนากำลังคน หมายถึง การบริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนากำลังคน ตามองค์ประกอบ ๕ องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
๑. การวางแผนการสรรหาและพัฒนา กำลังคนของ เครือข่ายบริการ (CUP)	๕	แผนความต้องการ/พัฒนา กำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบคลุม ทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (ทุกสายงาน) ทุกระดับบริการ		
	๔	แผนความต้องการ/พัฒนา กำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบคลุม ทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	๓	แผนความต้องการ/พัฒนา กำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบคลุม ทั้ง ๔ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	๒	แผนความต้องการ/พัฒนา กำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบคลุม		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
		ทั้ง ๓ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
	๑	แผนความต้องการ/พัฒนากำลังคน (ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับ ยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบคลุม ทั้ง ๒ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ (อาจไม่ครอบคลุม ทุกสายงาน) ในทุกระดับบริการ		
๒. การสร้างควม ร่วมมือด้านการสร หาและพัฒนา กำลังคน	๕	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน หน่วยงาน องค์กรในการสรรหาและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐		
	๔	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน หน่วยงาน องค์กรในการสรรหาและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๘๐		
	๓	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน หน่วยงาน องค์กรในการสรรหาและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๖๐		
	๒	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน หน่วยงาน องค์กรในการสรรหาและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๔๐		
	๑	มีการสร้างความร่วมมือของสถาบัน หน่วยงาน องค์กรในการสรรหาและพัฒนา กำลังคนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ของอำเภอ จังหวัด และเขตสุขภาพ ครอบคลุมร้อยละ ๒๐		
๓. การบริหาร งบประมาณด้านการ สรรหาและพัฒนา กำลังคน	๕	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๑๐๐		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
	๔	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๙๐		
	๓	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๘๐		
	๒	การเบิกจ่ายงบประมาณร้อยละ ๗๐		
	๑	การเบิกจ่ายงบประมาณต่ำกว่าร้อยละ ๖๐		
๔. การบริหาร จัดการด้านการ สรร หาและพัฒนา กำลังคน	๕	๑. ด้านการสรรหา มีการบริหารจัดการ กำลังคนทดแทนอย่างเพียงพอตามเกณฑ์ ของ FTE๒ เฉลี่ยร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย ๒. ด้านการพัฒนา บุคลากรได้รับการพัฒนา ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย		
	๔	๑. ด้านการสรรหา มีการบริหารจัดการ กำลังคนทดแทนอย่างเพียงพอตามเกณฑ์ ของ FTE๒ เฉลี่ยร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย ๒. ด้านการพัฒนา บุคลากรได้รับการพัฒนา ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย		
	๓	๑. ด้านการสรรหา มีการบริหารจัดการ กำลังคนทดแทนอย่างเพียงพอตามเกณฑ์ ของ FTE๒ เฉลี่ยร้อยละ ๘๐ของเป้าหมาย ๒. ด้านการพัฒนา บุคลากรได้รับการพัฒนา ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย		
	๒	๑. ด้านการสรรหา มีการบริหารจัดการ กำลังคนทดแทนอย่างเพียงพอตามเกณฑ์ ของ FTE๒ เฉลี่ยร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย ๒. ด้านการพัฒนา บุคลากรได้รับการพัฒนา ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย		
	๑	๑. ด้านการสรรหา มีการบริหารจัดการ กำลังคนทดแทนอย่างเพียงพอตามเกณฑ์ ของ FTE๒ เฉลี่ยร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย ๒. ด้านการพัฒนา บุคลากรได้รับการพัฒนา ร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย		
๕. การประเมินผล กระทบระบบการ บริหารจัดการ การ สรรหาและพัฒนา	๕	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคน ของเครือข่ายบริการ หรือมีน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของภาพรวมกระทรวง (จังหวัด) (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตรการย้าย ลาออก/		

องค์ประกอบ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
กำลังคนของ เครือข่ายบริการ (CUP) และการแก้ไข ปัญหา		จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต) (อำเภอ)		
	๔	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคน ของเครือข่ายบริการ หรือมีน้อยกว่าร้อยละ ๑๕ ของภาพรวมกระทรวง (จังหวัด) (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการย้าย ลาออก/ จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต) (อำเภอ)		
	๓	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคน ของเครือข่ายบริการ หรือมีน้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ของภาพรวมกระทรวง (จังหวัด) (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการย้าย ลาออก/ จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต) (อำเภอ)		
	๒	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคน ของเครือข่ายบริการ หรือมีน้อยกว่าร้อยละ ๒๕ ของภาพรวมกระทรวง (จังหวัด) (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการย้าย ลาออก/ จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต) (อำเภอ)		
	๑	ไม่มีปัญหาเรื่องการจัดการพัฒนากำลังคน ของเครือข่ายบริการ หรือมีน้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของภาพรวมกระทรวง (จังหวัด) (จำนวนข้อร้องเรียน/อัตราการย้าย ลาออก/ จำนวนการขาดแคลนบุคลากร ในระดับ เขต) (อำเภอ)		

เกณฑ์การให้คะแนน :

องค์ประกอบที่ ๑-๕ ผ่านที่ระดับ ๑ คะแนน	องค์ประกอบที่ ๑-๕ ผ่านที่ระดับ ๒ คะแนน	องค์ประกอบที่ ๑-๕ ผ่านที่ระดับ ๓ คะแนน	องค์ประกอบที่ ๑-๕ ผ่านที่ระดับ ๔ คะแนน	องค์ประกอบที่ ๑-๕ ผ่านที่ระดับ ๕ คะแนน
๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน

เงื่อนไข ๑. ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จะต้องผ่านทุกองค์ประกอบที่ระดับ ๔ คะแนน

๑. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๕๐ กำหนดไว้ในหมวดที่ ๕ ส่วนที่ ๓ แนวนโยบาย ด้านการบริหารราชการแผ่นดินมาตรา ๗๘ (๔) บัญญัติว่า พัฒนาระบบงานภาครัฐ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพ คุณธรรมและจริยธรรมของเจ้าหน้าที่ของรัฐ ควบคู่ไปกับการปรับปรุงรูปแบบและวิธีการทำงาน เพื่อให้การบริหารราชการแผ่นดินเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริม ให้องค์กรของรัฐใช้หลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี เป็นแนวทางในการปฏิบัติราชการ

๒. มาตรา ๒๗๙ กำหนดให้มาตรฐานทางจริยธรรมของผู้ดำรงตำแหน่งทางการเมือง ข้าราชการหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐแต่ละประเภทให้เป็นไปตามประมวลจริยธรรมที่กำหนดขึ้น โดยจะต้องมีกลไกและระบบในการดำเนินงาน เพื่อให้การบังคับใช้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งกำหนดขั้นตอนการลงโทษตามความร้ายแรงแห่งการกระทำการฝ่าฝืน หรือไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานทางจริยธรรม ให้ถือว่าเป็นการกระทำผิดทางวินัย

๓. ตามมาตรา ๗๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.๒๕๕๑ กำหนดให้ส่วนราชการมีหน้าที่เพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ข้าราชการพลเรือนมีคุณภาพ คุณธรรม จริยธรรม คุณภาพชีวิต มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจภาครัฐ ประกอบกับ สำนักงาน ก.พ.ได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๖ กำหนดทิศทางการพัฒนาข้าราชการพลเรือน ในระยะเวลา ๕ ปี โดยมุ่งเน้นในเรื่องคุณภาพของการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของสมรรถนะการนำการเปลี่ยนแปลง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพ (เครือข่ายบริการ CUP) ที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ทั้ง ๕ องค์ประกอบ	ร้อยละ	๗๒.๗๓	๗๒.๗๓	๘๔.๖๑

หมายเหตุ เป็นตัวชี้วัดที่กระทรวงและเขตสุขภาพปรับปรุงใหม่

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
สำรวจข้อมูลจากอำเภอในการประเมินผล การดำเนินงาน ๑ ครั้ง/ปี	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนกำลังคนระดับ CUP	✓		
	๒. มีการประชุมคณะกรรมการระดับ CUP และมีสรุปรายงานการประชุม	✓		
	๓. มีฐานข้อมูลอัตรากำลังด้านบริการ (รายสายวิชาชีพ) และด้านบริหาร (ผบต,ผบก,นบส)	✓		
	๔. มีข้อมูลอัตรากำลังด้านบริการ (รายสายวิชาชีพ) และด้านบริหาร (ผบต.ผบก.นบส) ย้อนหลัง ๓ ปี	✓		
	๕. มีแผนความต้องการกำลังคนเพื่อรองรับการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพและแผนมีการพัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับสมรรถนะ	✓		
	๖. มีผลการดำเนินงานกิจกรรมตามแผนฯ	✓		
	๗. มีการสรุปกิจกรรมการดำเนินงาน ตามเป้าหมายขององค์กร	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๖.๒ : ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าหมาย : บุคลากรที่ได้รับการพัฒนา ร้อยละ ๘๕

น้ำหนัก : ๐.๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุธิดา คณະมะ โทร. ๐๘๑ ๙๕๔๕๐๘๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายบวร จอมพรรษา โทร. ๐๘๔ ๒๗๘๐๐๐๗

คำอธิบาย :

สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน ปัญหาการขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญในระดับภูมิภาคของประเทศ ส่งผลต่อการบริการประชาชนที่ไม่ครอบคลุม ในขณะที่ประเทศกำลังปฏิรูประบบบริการสุขภาพ มีการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศในระยะ ๒๐ ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนไทยมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงมีความสำคัญและจำเป็น

ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสมสามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย

๑. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้

๑.๑ การวางแผนอัตรากำลัง

๑.๒ พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร

๑.๓ บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก

๑.๔ การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร

๑.๕ การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร

๑.๖ การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

๒. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ ๒ รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด

บุคลากร หมายถึง บุคลากร ๕ กลุ่ม ดังนี้

๑. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข

๒. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่

๒.๑ บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ๗ สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย

๒.๒ บุคลากรอื่น มี ๗ สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา

๓. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์

๔. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกรนักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาเจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

๕. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง ๕ กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ ๒๕๔๖ มาตรา ๔๗ เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของเขตสุขภาพ

สูตรการคำนวณ :
$$\frac{\text{จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนา}}{\text{จำนวนบุคลากรที่ต้องได้รับการพัฒนาตามเป้าหมาย}} \times 100$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	๐.๕	ร้อยละ	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

เงื่อนไข การพัฒนาบุคลากรจะต้องครอบคลุมบุคลากรทั้ง ๕ กลุ่มวิชาชีพ ดังนี้

๑. กลุ่มวิชาชีพ (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล วิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข

๒. กลุ่มสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่

๒.๑ บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ๗ สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย

๒.๒ บุคลากรอื่น มี ๗ สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา

๓. กลุ่มบุคลากรสนับสนุนวิชาชีพ (Associates Health personal) มี ๗ สายงาน ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์

๔. กลุ่มบุคลากรสายสนับสนุน (Back office) มี ๑๐ สายงาน ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

๕. กลุ่มบุคลากรผู้บริหาร ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

เหตุผล : ตามมาตรา ๗๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดให้ส่วนราชการมีหน้าที่เพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ข้าราชการพลเรือนมีคุณภาพ คุณธรรม จริยธรรม คุณภาพชีวิต มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงานให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจภาครัฐ ประกอบกับ สำนักงาน ก.พ. ได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๒-๒๕๕๖ กำหนดทิศทางการพัฒนาข้าราชการพลเรือน ในระยะเวลา ๕ ปี โดยมุ่งเน้นในเรื่องคุณภาพของการปฏิบัติงานบนพื้นฐานของสมรรถนะการนำการเปลี่ยนแปลง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	๖๐.๒๘	๗๗.๖๓	๘๘.๙๒

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. จากการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่ ๕๕	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการวางแผนกำลังคนระดับ CUP ๒. มีการประชุมคณะกรรมการระดับ CUP และมีสรุปรายงานการประชุม ๓. มีฐานข้อมูลอัตรากำลังด้านบริการ (รายสายวิชาชีพ) และด้านบริหาร (ผบต,ผบก,นบส) ๔. มีข้อมูลอัตรากำลังด้านบริการ (รายสายวิชาชีพ) และด้านบริหาร (ผบต,ผบก,นบส) ย้อนหลัง ๓ ปี	✓ ✓ ✓ ✓		
๒. สืบหาข้อมูลจากอำเภอในการประเมินผลการดำเนินงาน ๑ ครั้ง/ปี	๕. มีแผนการพัฒนากำลังคนที่สอดคล้องกับสมรรถนะ ๖. มีผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนฯ ๗. มีรายงานผลการพัฒนาบุคลากรตามแบบรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ตัวชี้วัดที่ ๕๔ และ ๕๕	✓ ✓ ✓		

ตัวชี้วัดที่ ๖.๓ : ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) คนทำงานไปใช้
เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) คนทำงานไปใช้
น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุธิดา คณະมะ โทร. ๐๘๑ ๙๕๔๕๐๘๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาววิภาดา คงทรง โทร. ๐๘๕ ๑๔๐๐๑๑๙

คำอธิบาย :

หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวง
สาธารณสุขทุกระดับที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) รายบุคคลโดยผ่านระบบ
Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และนำผลการ
วิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น ๕ ระดับ ได้แก่

ระดับที่ ๑ ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้

ระดับที่ ๒ มีการสำรวจข้อมูล

ระดับที่ ๓ มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และนำเสนอต่อผู้บริหาร

ระดับที่ ๔ มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

ระดับที่ ๕ มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) คนทำงานไปใช้ หมายถึง
หน่วยงานมีการดำเนินงานตามกระบวนการวัดดัชนีความสุขของคนทำงาน ๕ ระดับ ดังนี้

ระดับ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
ระดับที่ ๑	๑	มีการชี้แจงทำความเข้าใจแนวทาง/สื่อสาร ประชาสัมพันธ์การนำดัชนีวัดความสุขของ คนทำงาน (Happinometer) คนทำงานไปใช้		

ระดับ	ระดับ คะแนน	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	รายละเอียดข้อมูล ผลการดำเนินงาน	คะแนน ที่ได้
ระดับที่ ๒	๓	หน่วยงานมีการประเมินดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happy Work life index : HWI) ตามแบบประเมินที่กำหนด (Happinometer) รายบุคคลมากกว่าร้อยละ ๗๐ ของจำนวน บุคลากรของหน่วยงาน		
ระดับที่ ๓	๕	มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล จากการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และนำเสนอต่อผู้บริหาร		
ระดับที่ ๔	๕	มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงานและ Core Value “MOPH”		
ระดับที่ ๕	๕	มีการใช้แผน/ดำเนินการตามแผนพัฒนา ความสุขของคนทำงานและ Core Value “MOPH”		

เงื่อนไข ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดที่ระดับ ๕

เหตุผล : ระบุเหตุผลความจำเป็นที่ต้องวัดตัวชี้วัดนี้

เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร
การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้
บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี
เจ้าหน้าที่ มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

ตามมาตรา ๗๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดให้ส่วน
ราชการมีหน้าที่เพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ข้าราชการพลเรือนมีคุณภาพ คุณธรรม
จริยธรรม คุณภาพชีวิต มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจภาครัฐ ประกอบกับ
สำนักงาน ก.พ.ได้จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาข้าราชการพลเรือนพ.ศ.๒๕๕๒ - ๒๕๕๖ กำหนดทิศทางการ
พัฒนาข้าราชการพลเรือน ในระยะเวลา ๕ ปี โดยมุ่งเน้นในเรื่องคุณภาพของการปฏิบัติงาน บนพื้นฐานของ
สมรรถนะการนำการเปลี่ยนแปลง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happinometer) คนทำงานไปใช้	ร้อยละ	-	๙๗.๕๒	๑๐๐

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
สำรวจข้อมูลจากอำเภอ ในการประเมินผล การดำเนินงาน ๑ ครั้ง/ปี	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบหลัก ๒. มีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน และมีสรุปรายงานการประชุม ๓. มีการประเมินดัชนีความสุขของ คนทำงานรายบุคคล (Happinometer) และประเมินสุขภาวะองค์กร (HPI) ๔. มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากการ ประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และนำเสนอต่อผู้บริหาร ๕. มีการทำแผนพัฒนาความสุขของ คนทำงานและ Core Value “MOPH” ที่ได้จากการวิเคราะห์ส่วนขาดจากผลการ ประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน ในหน่วยงาน ๖. มีการดำเนินการตามแผนพัฒนาความสุข ของคนทำงานและ Core Value “MOPH” ๗. มีการสรุปผลการดำเนินงาน/สรุปภาพ กิจกรรมสร้างสุข	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๖.๔ : ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)

เป้าหมาย : ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐)

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุธิดา คณະมะ โทร.๐๘๑ ๙๕๔๕๐๘๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวธณัฐญา รุดโถ โทร.๐๘๘ ๕๖๒๕๒๑๖

คำอธิบาย :

หน่วยงาน หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ที่ตั้งอยู่ในอำเภออื่นๆ หน่วยงานในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

บุคลากรสาธารณสุข หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขทั้งหมด ๕ ประเภทการจ้าง

๒.๑ ข้าราชการ

๒.๒ พนักงานราชการ

๒.๓ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

๒.๔ ลูกจ้างประจำ

๒.๕ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)

ในหน่วยงานสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ ทุกสายงาน

เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง

เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ได้รับคะแนน ตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดครบ ๒ ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จากคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน (ประเด็นละ ๕๐ คะแนนเต็ม) ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ ๒ ประเด็นดังกล่าวประกอบด้วย

๓.๑ มีข้อมูล คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน

๑) ข้อมูล หมายถึง รายละเอียดข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับบุคลากรสาธารณสุข เช่น ชื่อ - สกุล, เพศ, อายุ, เงินเดือน, ตำแหน่ง, ใบประกอบวิชาชีพ ฯลฯ

๒) รายงานสถิติกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง รายงานข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข เช่น รายงานจำนวนข้อมูลบุคลากรตามประเภทการจ้าง รายงานจำนวนบุคลากรตามตำแหน่ง รายงานจำนวนสูญเสียบุคลากร ฯลฯ

๓) ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง มีข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขของหน่วยบริการ

๔) มีข้อมูล หมายถึง มีการเชื่อมโยงข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพในภาพรวมของเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP)

๓.๒ บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑ คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน

๑) **กรอบอัตรากำลัง** หมายถึง การกำหนดจำนวนกำลังคนที่ควรมีตามภารกิจและหน้าที่ของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ โดยใช้กรอบอัตรากำลังที่กำหนดปี ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ ตามมติ อ.ก.พ. ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๐ และจำนวนคนที่ควรมีรวมการจ้างทุกประเภท ได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน)

๒) การให้บริการทางการแพทย์ หมายถึง การกระทำต่อร่างกายหรือส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย จิตใจของมนุษย์ และการกระทำใดๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการรักษาความเจ็บป่วย ไม่ว่าจะเกิดจากโรคหรือเหตุใด ๆ การผดุงครรภ์ การคุมกำเนิด การฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายและจิตใจ การแก้ไขความผิดปกติของร่างกาย จิตใจ รวมถึงกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ไม่ว่าจะด้วยวิธีการทางการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก (มติ อ.ก.พ กระทรวง ครั้งที่ ๕/๒๕๖๑ วันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๖๑) ได้แก่

๒.๑) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่มีความขาดแคลนสูง หมายถึง สายงานที่สรรหาบุคคลมาดำรงตำแหน่งได้ยาก มีการผลิตน้อย หรือมีอัตราการแข่งขันทางการตลาดสูง ได้แก่

๑. นักกายภาพบำบัด/จพ.เวชกรรมฟื้นฟู
๒. นักกิจกรรมบำบัด/จพ.อาชีพบำบัด
๓. นักกายอุปกรณ์/ช่างกายอุปกรณ์
๔. นักรังสีการแพทย์/จพ.รังสีการแพทย์
๕. นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก
๖. นักจิตวิทยา/นักจิตวิทยาคลินิก
๗. นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย/จพ.วิทยาศาสตร์การแพทย์

๒.๒) สายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ที่ยังมีความขาดแคลน ได้แก่

๑. นายแพทย์
๒. ทันตแพทย์
๓. เภสัชกร
๔. พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเทคนิค
๕. จพ.ทันตสาธารณสุข
๖. เจ้าพนักงานเภสัชกรรม
๗. ช่างทันตกรรม
๘. นวก.สาธารณสุข/จพ.สาธารณสุข
๙. แพทย์แผนไทย
๑๐. นักเทคนิคการแพทย์/นักวิทยาศาสตร์การแพทย์/จพ.วิทย์

๓) บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง จำนวนบุคลากรสายงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้น ๒.๑ สายงานที่มีความขาดแคลนสูง) ที่มีอยู่จริงของหน่วยงาน เมื่อเทียบกับกรอบ อัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน นับรวมทุกประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข) มีสัดส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐

เกณฑ์การให้คะแนน :

เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP) ได้รับคะแนน ตามประเด็นการดำเนินการด้านบริหารจัดการกำลังคนที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดครบ ๒ ประเด็น โดยได้รับคะแนนรวมไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ จากคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน (ประเด็นละ ๕๐ คะแนนเต็ม) ทั้งนี้ ประเด็นการดำเนินการ ๒ ประเด็นดังกล่าว ประกอบด้วย

๑. มีข้อมูล คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน
 ๒. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑ คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน
- รวม ๑๐๐ คะแนน

รายละเอียดการให้คะแนน

๑. มีข้อมูล (คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน)

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	ข้อมูลบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานเป็นปัจจุบัน	๑๕ คะแนน
๒	มีการรายงานสถิติกำลัง ทุก ๒ เดือน	๑๕ คะแนน
๓	มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูลบุคลากรสาธารณสุข(ใช้วิธีการประเมินโดยใช้แบบทดสอบ)	๒๐ คะแนน
รวม		๕๐ คะแนน

๒. บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๑ (คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน)

สูตรคำนวณ :

$\frac{\text{จำนวนบุคลากรสาธารณสุขสายให้บริการทางการแพทย์ (ยกเว้นสายวิชาชีพขาดแคลนสูง) ที่มีอยู่จริง} \times 100}{\text{กรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน}}$
--

เกณฑ์การให้คะแนน	๓๕ คะแนน	๔๐ คะแนน	๔๕ คะแนน	๕๐ คะแนน
ไตรมาส ๔	ร้อยละ ๖๘	ร้อยละ ๖๙	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๑

วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ๑. เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพเพียงพอ มีคุณภาพ และมีความสุข ๒. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกระดับ สามารถบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า มีประสิทธิภาพ และขับเคลื่อนกระทรวงสาธารณสุขไปสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> ๑. บุคลากรสาธารณสุขทั้ง ๕ ประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว(รายเดือน)) ๒. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข (สสจ.รพท.รพช. สสอ.รพ.สต. และ สอ.น)

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. วิเคราะห์จากระบบฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากร สาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(HROPS) ๒.แบบรายงานอัตรากำลัง													
แหล่งข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข(HROPS) ๒. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข(สสจ.รพท.รพช. สสอ.รพ.สต. และ สอ.น)													
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๔													
วิธีการประเมินผล	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล HROPS													
เอกสารสนับสนุน														
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="532 724 1433 968"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ</th> </tr> <tr> <th>๒๕๕๙</th> <th>๒๕๖๐</th> <th>๒๕๖๑</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของจังหวัดที่ มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>๘๔.๘๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอคิดเป็นร้อยละ ๘๔.๘๐ โดยคำนวณจากบุคลากรในสังกัดมีอยู่ จริงของหน่วยงาน เมื่อเทียบกับกรอบอัตรากำลังที่กำหนดในระดับหน่วยงาน นับ รวมทุกประเภทการจ้าง (ข้าราชการ พนักงานราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้าง ชั่วคราว (รายเดือน) และพนักงานกระทรวงสาธารณสุข)</p>	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ			๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	ร้อยละของจังหวัดที่ มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ	ร้อยละ	-	-	๘๔.๘๐
Baseline data	หน่วย วัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ										
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑										
ร้อยละของจังหวัดที่ มีบุคลากร สาธารณสุขเพียงพอ	ร้อยละ	-	-	๘๔.๘๐										

ตัวชี้วัดที่ ๖.๕ : ระดับความสำเร็จการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)

เป้าหมาย : มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขและองค์กรคุณธรรม อย่างน้อยหน่วยงานละ ๑ เรื่อง

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวสุธิดา คณมะชะ โทร. ๐๘๑ ๙๕๔๕๐๘๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาววิภาดา คงทรง โทร. ๐๘๕ ๑๔๐๐๑๑๙

คำอธิบาย :

องค์กรแห่งความสุข (Happy Organization) หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ สสจ. รพท. รพช. สสอ. (รพ.สต.นับรวมกับ สสอ.) การดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข และคุณธรรมตามกระบวนการ ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๑ : องค์กรส่งเสริมความสุขและคุณธรรม หมายถึง องค์กรที่แสดงเจตนารมณ์จะพัฒนาเป็น องค์กรแห่งความสุข โดยมีการกำหนดเป้าหมายในการพัฒนาสร้างสุขและคุณธรรม มีแผนการดำเนินการพัฒนา มีการจัดกลไกผู้รับผิดชอบ มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความสุขและคุณธรรม ซึ่งผลการดำเนินงานอาจเกิดขึ้น บางส่วน แต่ผลการเปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของคนหรือปัญหาเชิงคุณธรรมที่ลดลงอาจยังไม่เห็นผลชัดเจน

ระดับ ๒ : องค์กรสร้างสุขและคุณธรรม หมายถึง องค์กรส่งเสริมความสุขและคุณธรรมที่มี กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขที่ได้มาตรฐาน และมีการจัดระบบภายในองค์กรที่เอื้อต่อการพัฒนา องค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม และมีการบริหารจัดการให้สามารถบรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้ ทำให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงเชิงพฤติกรรมของคนในองค์กร และส่งผลกระทบต่อให้การทำความดีเพิ่มขึ้น ปัญหาเชิงคุณธรรมลดลง และมีแนวโน้มจะเกิดการพัฒนาที่ต่อเนื่อง เกิดความยั่งยืนได้

ระดับ ๓ : องค์กรสร้างสุขและคุณธรรมต้นแบบ หมายถึง องค์กรสร้างสุขและคุณธรรม ที่ ดำเนินการประสบความสำเร็จทั้งในกระบวนการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของคนที่สะท้อนการมี คุณธรรม คนมีความสุข องค์กรมีคุณภาพและคุณธรรมเชิงประจักษ์ มีองค์ความรู้สามารถถ่ายทอดและเป็น แหล่งเรียนรู้ให้กับองค์กรต่างๆได้ มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จนเกิด Success Story หรือ Bright Spot อย่างน้อย ๑ เรื่อง

สูตรการคำนวณ : $A/B \times 100$

A = คะแนนที่ได้

B = คะแนนเต็ม (๑๘ คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วย วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ระดับความสำเร็จการดำเนินงานองค์กร แห่งความสุข (Happy Organization)	๑	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐

เงื่อนไข ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดที่ระดับ ๓

เหตุผล : เพื่อพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ ในการส่งเสริมความสุขในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชน สุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

ตามมาตรา ๗๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. ๒๕๕๑ กำหนดให้ส่วนราชการ มีหน้าที่เพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจ เพื่อให้ข้าราชการพลเรือนมีคุณภาพ คุณธรรม จริยธรรม คุณภาพชีวิต มีขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน ให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจภาครัฐ ประกอบกับสำนักงาน ก.พ.ได้ จัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนข้าราชการพลเรือนพ.ศ.๒๕๕๒ - ๒๕๕๖ กำหนดทิศทางการพัฒนาข้าราชการพลเรือน ในระยะเวลา ๕ ปี โดยมุ่งเน้นในเรื่องคุณภาพของการปฏิบัติงาน บนพื้นฐานของสมรรถนะการนำการเปลี่ยนแปลง

วิธีการประเมินผล :

สำรวจข้อมูลจากอำเภอในการประเมินผลการดำเนินงาน ๑ ครั้ง/ปี

รายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส ๒ (เอกสารแนบ ๑)

รายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส ๓ (เอกสารแนบ ๒)

รายงานผลการดำเนินงานรายไตรมาส ๔ (เอกสารแนบ ๓)

เกณฑ์การคัดเลือกตามแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ (เอกสารแนบ ๔)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ระดับความสำเร็จการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happy Organization)	ร้อยละ	-	-	-

เกณฑ์การประเมิน :

การประเมินองค์กรแห่งความสุข	เกณฑ์การให้คะแนน		
	๒	๑	๐
ระดับ ๑ : องค์กรส่งเสริมความสุขและคุณธรรม			
๑) องค์กรมีการประกาศ ข้อตกลง เจตนารมณ์/ ธรรมนูญ/ปฏิญญา ร่วมกัน ของผู้บริหารและสมาชิกใน องค์กรที่จะพัฒนาให้เป็น องค์กรแห่งสร้างสุขและ คุณธรรม	จำนวนสมาชิกองค์กรทั้งฝ่าย บริหารและสมาชิกในองค์กร ทุกระดับ มีการประกาศ ข้อตกลงร่วมกันเป็นทางการ หรือเป็นลายลักษณ์อักษร ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของ จำนวนสมาชิก ในองค์กร	จำนวนสมาชิกองค์กร ทั้งฝ่าย บริหาร และสมาชิกในองค์กร ทุกระดับมีการประกาศ ข้อตกลงร่วมกัน เป็นทางการ หรือเป็นลายลักษณ์อักษร ร้อยละ ๒๐-๕๐ ของจำนวน สมาชิกในองค์กร	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ หรือไม่มี การ ปฏิบัติ

การประเมินองค์กรแห่ง ความสุข	เกณฑ์การให้คะแนน		
	๒	๑	๐
๒) องค์กรมีการกำหนด คุณธรรม เป้าหมาย “ปัญหา ที่ยากแก่” และ “ความดีที่ อยากทำ” ที่สอดคล้องกับ ปัญหาความสุขและคุณธรรม ขององค์กร หรือคุณธรรม ๔ ประการ พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา เช่น การใช้วัสดุ สำนักงานอย่างประหยัด มา ปฏิบัติงานตรงเวลา การ บริการด้วยความโปร่งใส จัด กิจกรรมจิตอาสาช่วยเหลือ สังคม ฯลฯ	จำนวนสมาชิกองค์กร ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๕๐ มีการกำหนด คุณธรรมเป้าหมาย “ปัญหาที่ อยากแก่” และ “ความดีที่ อยากทำ” เพื่อแก้ไขปัญหา ขององค์กร ครอบคลุม ทั้ง ๔ คุณธรรม อย่างน้อย ๓-๕ เรื่อง	จำนวนสมาชิกองค์กร ร้อยละ ๒๐-๔๙ ร่วมกำหนดคุณธรรม เป้าหมาย “ปัญหาที่ยาก แก่” และ “ความดีที่ยาก ทำ” เพื่อแก้ไขปัญหาของ องค์กร ครอบคลุมทั้ง ๔ คุณธรรม อย่างน้อย ๑-๒ เรื่อง	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ หรือไม่มีการ ปฏิบัติ
๓) องค์กรมีการจัดทำแผน การดำเนินงานด้านส่งเสริม ความสุขและคุณธรรม และ จัดบุคลากร/ ทีมงาน/ ผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน ส่งเสริมความสุขและคุณธรรม ในองค์กรตามประเด็น คุณธรรมเป้าหมายองค์กร	- มีการจัดทำแผนการ ขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขและ คุณธรรมขององค์กรแบบมี ส่วนร่วมจากทุกฝ่ายในองค์กร มีการมอบหมาย แต่งตั้งบุคคล หรือหน่วยงานรับผิดชอบการ ดำเนินงาน ที่ชัดเจนเป็นลาย ลักษณ์อักษร	มีการจัดทำแผน การ ขับเคลื่อนองค์กรสร้างสุขและ คุณธรรมขององค์กรแบบมี ส่วนร่วม จากทุกฝ่ายใน องค์กร และมีการมอบหมาย บุคคลหรือหน่วยงาน รับผิดชอบการดำเนินงาน แต่ ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร	ไม่มี การปฏิบัติ
ระดับ ๒ : องค์กรสร้างสุขและคุณธรรม			
๔) องค์กรมีผลสำเร็จ การ ดำเนินงาน/กิจกรรมส่งเสริม ความสุขและคุณธรรมใน องค์กรตามคุณธรรม เป้าหมาย และแผนงานที่ กำหนดเป็นระบบและ ต่อเนื่องมากขึ้น	มีผลสำเร็จจากการ ดำเนินงาน/กิจกรรมส่งเสริม ความสุขและคุณธรรมใน องค์กรตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ใน แผนส่งเสริมความสุข คุณธรรมขององค์กร ไม่น้อย กว่าร้อยละ ๕๐	มีผลสำเร็จจากการ ดำเนินงาน/กิจกรรมส่งเสริม คุณธรรมในองค์กร ตาม ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแผน ส่งเสริมความสุขคุณธรรม ขององค์กร ระหว่างร้อยละ ๒๐-๔๙	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ หรือไม่มีการ ปฏิบัติ
๕) องค์กรมีการจัดระบบ ติดตามรายงานประเมินผล และจัดกิจกรรมรณรงค์ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อพัฒนา	มีการจัดระบบติดตามประเมิน และรายงานผลกิจกรรม - จัดกิจกรรมรณรงค์ ให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	- มีการจัดระบบติดตาม ประเมิน และรายงานผล กิจกรรม - จัดกิจกรรมรณรงค์	ไม่มี การปฏิบัติ

การประเมินองค์กรแห่ง ความสุข	เกณฑ์การให้คะแนน		
	๒	๑	๐
ปรับปรุง แก้ไขการดำเนินงาน ส่งเสริมความสุขและคุณธรรม ในองค์กรอย่างต่อเนื่อง	ร่วมกันของสมาชิกทุกระดับ ในองค์กรอย่างต่อเนื่อง - จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการส่งเสริมความสุข	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิก องค์กรในบางโอกาส	
๖) องค์กรมีกระบวนการยกย่องเชิดชู การทำความดีหรือบุคคลผู้มีคุณธรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น บุคคลคุณธรรม โครงการดีเด่นด้านส่งเสริมความสุขและคุณธรรม ส่วนงานดีเด่นด้านคุณธรรม ฯลฯ	มีการจัดกิจกรรมประกาศยกย่องเชิดชูบุคคลคุณธรรม ตามคุณธรรมเป้าหมาย ทั้งภายในองค์กรและมีกระบวนการยกย่องเชิดชูภายนอกองค์กรด้วย	มีการจัดกิจกรรมประกาศ ยกย่องเชิดชูบุคคลคุณธรรม เฉพาะภายในองค์กร	ไม่มี การปฏิบัติ
ระดับ ๓ : องค์กรสร้างสุขและคุณธรรมต้นแบบ			
๗) องค์กรมีผลสำเร็จการดำเนินงานขององค์กรตาม “ปัญหาที่อยากแก้” และ “ความดีที่อยากทำ” ตามคุณธรรม พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา เพิ่มมากขึ้น	ผลสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมความสุขและคุณธรรมแบบมีส่วนร่วม จากทุกส่วนงานในองค์กร ตามตัวชี้วัดในแผนส่งเสริมความสุขและคุณธรรมที่ องค์กรกำหนด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	มีผลสำเร็จจากการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมคุณธรรมแบบมีส่วนร่วมจากทุกส่วนงานในองค์กร ตามตัวชี้วัดในแผนส่งเสริมความสุขและคุณธรรมที่องค์กรกำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	มีผลสำเร็จจากการดำเนินงานตามตัวชี้วัดน้อยกว่าร้อยละ ๖๐
๘) องค์กร มีการเพิ่มประเด็นคุณธรรมเป้าหมาย ในมิติการนำหลักศาสนาและหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง มากำหนดเป็นปัญหาที่อยากแก้ ความดีที่อยากทำ เพิ่มเติมจากคุณธรรมอื่นๆ อย่างชัดเจน	ในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณธรรมเป้าหมายที่กำหนด องค์กรได้มีการกำหนดประเด็นคุณธรรมเพื่อ ดำเนินการเพิ่มเติม ครบทั้ง ๒ มิติ คือหลักศาสนาและหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	นอกเหนือจากผลสำเร็จในการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณธรรมเป้าหมายที่กำหนด องค์กรได้มีการกำหนดประเด็นคุณธรรมเพิ่มเติมเพียงมิติใด มิติหนึ่ง คือ หลักศาสนา หรือหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง	ไม่มี การปฏิบัติ
๙) องค์กรมีองค์ความรู้ จาก การดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้	- มีองค์ความรู้ จากการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม ทั้งในภาพรวมและองค์ความรู้ครบ	มีองค์ความรู้ จากการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขและคุณธรรม เฉพาะ บางกิจกรรม Success Story	- มีการดำเนินงาน แต่ไม่มีการ ถอดองค์

การประเมินองค์กรแห่ง ความสุข	เกณฑ์การให้คะแนน		
	๒	๑	๐
และถ่ายทอดขยายผล ไปสู่องค์กรอื่นได้	ทุกกิจกรรมที่ดำเนินการ และมี Success Story หรือ Bright Spot อย่างน้อย ๑ เรื่อง - สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ และถ่ายทอดขยายผล ไปสู่องค์กรอื่นได้	หรือ Bright Spot อย่างน้อย ๑ เรื่อง - สามารถเป็นแหล่งเรียนรู้ และถ่ายทอดขยายผลไปสู องค์กรอื่นได้	ความรู้เพื่อ เผยแพร่

เอกสารแนบท้าย ๒
แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส ๓
ร้อยละ ๗๐ ของหน่วยงานในจังหวัด/กรม
มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขและดำเนินงานตามแผนฯ
จังหวัด.....

หน่วยงาน	องค์ประกอบของแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข			ผลการดำเนินงานตามแผน			ปัญหา/อุปสรรค
	ผลวิเคราะห์ Hppinometer	ผลวิเคราะห์ HPI	ข้อมูลสถานการณ์กำลังคน (เช่น อัตราากำลังอายุ สายงาน)	ดำเนินการแล้ว	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ปรับแผน	

เอกสารแนบท้าย ๓

แบบประเมินผลการดำเนินงานไตรมาส ๔

มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข จังหวัด/กรมละ ๑ เรื่อง

(เกณฑ์การคัดเลือกตามเอกสารแนบ ๔)

จังหวัด.....

หน่วยงาน.....

ประเด็น Success story หรือ Bright spot

.....

บทสรุปผู้บริหาร

.....

.....

.....

.....

.....

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

เอกสารแนบท้าย ๔

แบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ

Excellent Happy Workplace Assessment (EHWA)

ชื่อองค์กร.....

คำชี้แจง: กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุดต่อข้อความ
ในแต่ละข้อ โดยแต่ละระดับของผลการประเมินมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 หมายถึง เห็นด้วย
3 หมายถึง ไม่แน่ใจ
2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0 หมายถึง ไม่ตอบ หรือไม่มีความคิดเห็น

หมวดที่ 1 การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 1 การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุข หมายถึง ผู้บริหารได้รับทราบแนวคิดองค์กรแห่งความสุข กำหนดเป็นนโยบายสร้างสุขขององค์กร						
1.1) ผู้บริหารกำหนดวิสัยทัศน์หรือนโยบายที่ชัดเจนในการเป็นองค์กรแห่งความสุข และมีการถ่ายทอดไปยังพนักงานทุกระดับ						
1.2) ผู้บริหารสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร						
1.3) ผู้บริหารสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
1.4) ผู้บริหารกำกับติดตามกระบวนการและผลการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
1.5) ผู้บริหารเป็นต้นแบบ/แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิต (ครองคน ครองตน และครองงาน)						
รวม						

อริวัฒน์ เจียวิวรรณ์กุล, ศรัล ขุนวิทย์ และศิลาพร กล้านแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กร
ในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND
SOCIAL SCIENCES. 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 2 การมุ่งเน้นการปฏิบัติ: กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีวิธีการอย่างไรในการออกแบบจัดการองค์กรให้มีความสุขที่ครอบคลุมลักษณะการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 2 การมุ่งเน้นการปฏิบัติ: กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรได้มีแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขให้กับบุคลากรโดยสอดคล้องกับแนวทางการสร้างสุขที่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร						
2.1) องค์กรมีการทบทวนปรับปรุงนโยบายการบริหารงานให้เอื้อต่อสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้งภายในและภายนอกอย่างสมเหตุสมผล						
2.2) องค์กรมีบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของพนักงาน เช่น การพักหย่า การไหว้ การยิ้ม การรับฟังความคิดเห็นของพนักงานอย่างใกล้ชิด						
2.3) องค์กรมีการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับความต้องการของพนักงาน						
2.4) องค์กรมีมาตรการ/แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด						
2.5) องค์กรมีการพัฒนากระบวนการใหม่หรือนวัตกรรมในการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน						
รวม						

อริวัฒน์ เขียววิวรรณ์กุล, ศรีล ชุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 3 การจัดการความรู้สำหรับองค์กรสุขภาพ

พิจารณาด้านการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และพัฒนาประสิทธิภาพของผลงาน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรในองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 3 การจัดการความรู้ หมายถึง องค์กรมีการจัดการความรู้ในการทำงาน และความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลสุขภาพ และสามารถถ่ายทอดแก่บุคคลทั้งในและนอกองค์กร ผ่านสื่อต่างๆ ได้						
3.1) องค์กรมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการทำงานและเรียนรู้จากแนวการปฏิบัติที่ดีจากหน่วยงานอื่นนำมาประยุกต์ใช้						
3.2) องค์กรมีกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลสู่บุคคล หรือ จากบุคคลสู่สื่อสารสนเทศเพื่อใช้ในองค์กร						
3.3) องค์กรมีการจัดการข้อมูลสารสนเทศให้พร้อมใช้งานในรูปแบบต่างๆ ตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น ตำรา คู่มือ						
3.4) องค์กรมีพนักงานสามารถถ่ายทอดทักษะการทำงานและปรับปรุงผลงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้						
3.5) องค์กรมีช่องทางในการถ่ายทอดความรู้ที่หลากหลายช่องทางตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น การอบรม การสอนงาน การส่งบุคลากรไปอบรมต่างๆ						
รวม						

อริวัฒน์ เขียววรรณกุล, ศรีดี ขุนวิทย์ และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข

พิจารณาว่าองค์กรมีจุดมุ่งหมายในการสร้างบุคลากรให้มีความสุขในองค์กรอย่างไรสอดคล้องกับแนวทางการสร้างความสุขระดับบุคคล สังคม และครอบครัว

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุข หมายถึง องค์กรต้องการให้บุคลากรขององค์กรแห่งความสุขของตนเองมีคุณลักษณะอย่างไร						
4.1) พนักงานมีสุขภาพกายและใจที่ดี						
4.2) พนักงานมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ และมีความก้าวหน้าในอาชีพ						
4.3) พนักงานมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุขที่ทำงานน่าอยู่และชุมชนสมานฉันท์						
4.4) พนักงานมีคุณธรรม จริยธรรม และมีจิตอาสา ช่วยเหลือสังคม						
รวม						

อริวัฒน์ เขียววรรณกุล, ศรีล ชุนวิทยา และสิทธิพร กล้าแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุข

พิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดองค์กรแห่งความสุขมาใช้ในการดำเนินงานที่ส่งผลต่อผลิตภาพรวมขององค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุข หมายถึง ผลลัพธ์จากกระบวนการสร้างสุขในองค์กรที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานไปในทิศทางที่ดีขึ้น						
5.1) พนักงานมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร						
5.2) พนักงานมีความผูกพันต่อองค์กร						
5.3) พนักงานมีความสุขในการทำงาน						
5.4) องค์กรได้รับรางวัล/การเชิดชู/ยกย่องจากหน่วยงานภายนอกในการดำเนินงานสร้างสุขในองค์กร						
5.5) องค์กรมีผลการดำเนินงานด้านต่างๆ ที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา						
รวม						

สรุปผลการประเมิน

มิติที่	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. การนำองค์กรแห่งความสุข	5	25	
2. กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข	5	25	
3. การจัดการความรู้ในองค์กร	5	25	
4. การมุ่งเน้นบุคลากร	4	20	
5. ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งความสุข	5	25	
รวม	24	120	

อริวัฒน์ เจียวิวรรณ์กุล, ศรัล ชุนวิทยา และสิทธิพร กล้านแข็ง. (2560). การพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กร ในภาคอุตสาหกรรม. ORAL PRESENTED AT THE 5TH NATIONAL AND INTERNATIONAL CONFERENCE ON HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES, 16-17 FEBRUARY 2017, RANGSIT UNIVERSITY, PATHUM THANI, THAILAND.

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๗ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

ตัวชี้วัดที่ ๗.๑ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Smart Hospital

ตัวชี้วัดที่ ๗.๒ : มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง

เป้าหมาย : ระดับ ๕

น้ำหนัก : ๔

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า โทร. ๐๘๓ ๔๑๗๐๘๖๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายเดชาชิต แก้วม่วง โทร. ๐๘๓ ๔๑๔๕๐๐๗

ตัวชี้วัดที่ ๗.๑ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Smart Hospital

เป้าหมาย : ระดับ ๕

น้ำหนัก : ๓

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า โทร. ๐๘๓ ๔๑๗๐๘๖๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายเดชาชิต แก้วม่วง โทร. ๐๘๓ ๔๑๔๕๐๐๗

คำอธิบาย :

Digital Transformation หมายถึง การปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลา ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ กำหนดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ไว้ ๓ ระดับ ดังนี้

ระดับ ๑ Smart Tools หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้เครื่องมือที่มีประสิทธิภาพมาช่วยในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการในองค์กร ได้แก่

๑. มีระบบให้บริการนัดหมาย หรือ จองคิวแบบออนไลน์ มีระบบแจ้งเตือน ผู้รับบริการแบบ “ออนไลน์” (Queue Online) เพื่อลดระยะเวลาในการรอคอยของผู้รับบริการ และลดความแออัดของหน่วยบริการ โดยจัดบริการ ณ จุดคัดกรอง หรือคลินิกอื่นๆ ตามที่โรงพยาบาลกำหนด แสดงผลบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS

๒. มีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน เช่น HIS Gateway

ระดับ ๒ Smart Service หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น

- การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
- การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ แทนการใช้ OPD Card

แบบกระดาษ

โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และต้องมี Smart Service เรื่อง การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ ๒

ระดับ ๓ Smart Outcome หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System ; ERP) ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กร มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ ทั้งนี้ เขตสุขภาพ/กรมวิชาการสามารถเลือก Success Story จาก ERP Model ของโรงพยาบาลได้เอง

โรงพยาบาลต้องผ่านเกณฑ์ระดับ ๑, ๒ และแสดง Success Story จาก Smart Outcome ได้อย่างน้อย ๑ เรื่อง จึงจะผ่านเกณฑ์ระดับ ๓

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

โดยที่ :

ระดับ	แนวทางการประเมินผล
ระดับ ๑	มีการให้บริการ Queue Online ที่สามารถแสดงบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS
ระดับ ๒	มีการให้บริการ Queue Online ที่สามารถแสดงบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS และมีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน HIS Gateway
ระดับ ๓	มีการให้บริการ Queue Online ที่สามารถแสดงบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS และมีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน HIS Gateway และมีการดำเนินงาน Smart Service เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ เช่น การใช้ใบสั่งยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์
ระดับ ๔	มีการให้บริการ Queue Online ที่สามารถแสดงบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS และมีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน HIS Gateway และมีการดำเนินงาน Smart Service เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ เช่น การใช้ใบสั่งยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และการใช้โปรแกรม Health for You (H&U)
ระดับ ๕	มีการให้บริการ Queue Online ที่สามารถแสดงบนอุปกรณ์ขนาดเล็กของผู้รับบริการได้ และต้องใช้งานได้ในระบบ Android และ iOS และมีระบบการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลตามมาตรฐาน HIS Gateway และมีการดำเนินงาน Smart Service เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ เช่น การใช้ใบสั่งยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ และการใช้โปรแกรม Health for You (H&U) และมี Success Story จาก Smart Outcome อย่างน้อย ๑ เรื่อง

- เหตุผล :**
๑. เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย
 ๒. โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนาระบบการทำงานและการบริหารจัดการ
 ๓. บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

๔. เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการ พัฒนาเป็น Smart Hospital

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
รพท./รพช. มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital ระดับ ๒ ขึ้นไป	ระดับ	-	-	-

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมิน ระดับ
๑. รพ. ทำแบบประเมินตนเองจัดส่งให้ ศูนย์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ๒. การติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน ผ่านระบบรายงาน Health KPI ๓. ติดตามประเมินผลโดยคณะกรรมการ CIO	๑. ประมวลผลจากแบบประเมินตนเองของ รพ. ๒. การตรวจเยี่ยม เพื่อประเมินผลการดำเนินงานทั้ง ๓ ระดับ ได้แก่ Smart Tools, Smart Service, Smart Outcome	รพท./ รพช.

ตัวชี้วัดที่ ๗.๒ : มีการใช้ Application สำหรับ PCC ในหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง

เป้าหมาย : มีการใช้ Application ที่ระดับ ๕

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสัจด์ เชื้อล้นฟ้า โทร. ๐๘๓ ๔๑๗๐๘๖๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายเดชาชิต แก้วม่วง โทร. ๐๘๓ ๔๑๔๕๐๐๗

คำอธิบาย :

PCC : Primary Care Cluster **คลินิกหมอครอบครัว** หมายถึง ระบบบริการที่มีทีมหมอครอบครัวดูแลประชาชนจำนวน ๑๐,๐๐๐ คนต่อทีม มีบทบาทในการให้ **บริการทุกคน บริการทุกอย่าง บริการทุกที่ บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี** โดยขยายความได้ ดังนี้

- **บริการทุกคน** คือ ดูแลตั้งแต่ ตั้งครรภ์ วัยทารก วัยเด็กนักเรียน วัยทำงาน จนถึงวัยสูงอายุ
- **บริการทุกอย่าง** คือ งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค งานรักษาพยาบาล งานฟื้นฟูสภาพและงานคุ้มครองผู้บริโภค
- **บริการทุกที่** คือ ทำงานในที่ตั้งคลินิกหมอครอบครัว ทำงานเชิงรุกให้บริการ ที่บ้านและชุมชน
- **บริการทุกเวลาด้วยเทคโนโลยี** คือ ให้คำปรึกษา ประชาชนสามารถสอบถามปัญหาเรื่องป้องกันรักษา และยามเจ็บไข้ได้ป่วย ด้วยการตั้งคำถามไว้ในกลุ่ม LINE หรือ Facebook แล้วมีทีมหมอครอบครัวเข้ามาช่วยกันตอบ แต่ต้องระวังเรื่องความลับของผู้ป่วย สามารถถ่ายภาพเพื่อให้หมอครอบครัว ช่วยแนะนำดูแลหรือโทรศัพท์ในเวลาเจ็บป่วยฉุกเฉินจำเป็นตามแต่จะตกลงกัน

ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และสหสาขาวิชาชีพ กำหนดให้เป็นการทำงานร่วมกันของทีมจากโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องบูรณาการร่วมกัน ยกเว้น เขตเทศบาลที่ตั้งของโรงพยาบาลที่ไม่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องจัดทีมทั้งหมดจากโรงพยาบาล (*อ้างอิง แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ, หน้า ๒-๓*)

Application PCC หมายถึง ระบบหรือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่สามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ Desktop หรือ Notebook และสามารถใช้งานผ่าน Mobile Device (Smart Phone/Tablet) สำหรับทีมหมอครอบครัว (PCC) ในการติดตามดูแลผู้ป่วย/ประชาชน ในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System : HIS) แต่มีขนาดเล็ก กระทัดรัดเหมาะสม มีความคล่องตัวและสะดวกในการใช้งาน ภายใต้ความร่วมมือของสำนักสนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สสป.) กับ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ศทส.) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

โดยที่ :

ระดับ	แนวทางการประเมินผล
ระดับ ๑	มีการติดตั้ง PCC Application พร้อมใช้งาน
ระดับ ๒	มีการติดตั้ง PCC Application พร้อมใช้งานและสามารถเชื่อมโยงกับ HIS ของหน่วยบริการได้
ระดับ ๓	มีการติดตั้ง PCC Application พร้อมใช้งานและสามารถเชื่อมโยงกับ HIS ของหน่วยบริการได้ และติดตั้ง PCC Application ใน Smart Device ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทุกคน
ระดับ ๔	มีการติดตั้ง PCC Application พร้อมใช้งานและสามารถเชื่อมโยงกับ HIS ของหน่วยบริการได้ และติดตั้ง PCC Application ใน Smart Device ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทุกคน มีการใช้งาน PCC Application ในการบันทึกข้อมูลให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว (PCC) มีข้อมูลผู้รับบริการอย่างน้อย ๓ เดือน
ระดับ ๕	มีการติดตั้ง PCC Application พร้อมใช้งานและสามารถเชื่อมโยงกับ HIS ของหน่วยบริการได้ และติดตั้ง PCC Application ใน Smart Device ของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทุกคน มีการใช้งาน PCC Application ในการบันทึกข้อมูลให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว (PCC) มีข้อมูลผู้รับบริการอย่างน้อย ๓ เดือน และสามารถวิเคราะห์เพื่อวางแผนการออกเยี่ยมบ้าน หรือแผนงานการดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบ

เหตุผล : ๑. เพื่อให้เป็นเครื่องมือในการติดตามดูแลประชาชน ด้านการรักษาพยาบาลและส่งเสริมป้องกันได้อย่างต่อเนื่อง สะดวกรวดเร็วสำหรับเจ้าหน้าที่ทีมหมอครอบครัว (PCC)

๒. เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์จาก Big Data และ HIS Gateway ในการให้บริการข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลอิเล็กทรอนิกส์ (PHR) ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการซึ่งเป็นเจ้าของข้อมูลเอง

๓. เพิ่มช่องทางการรับบริการจากทีมแพทย์ โดยไม่ต้องมาแออัดกันในโรงพยาบาล และลดระยะเวลาในการรอคอย

๔. เพื่อยกระดับการแพทย์ปฐมภูมิให้มีความทันสมัยและให้บริการได้อย่างรวดเร็ว เพิ่มความพึงพอใจให้แก่ประชาชนผู้รับบริการ

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ
		PCC
๑. PCC ติดตั้งและใช้งาน PCC Application	๑. ติดตั้ง PCC Application ๒. ข้อมูลจำนวนการให้บริการโดย PCC Application สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับ HIS ของหน่วยบริการได้ ๓. สามารถนำข้อมูลจาก PCC Application มาวิเคราะห์วางแผนการทำงานของ PCC ได้	✓

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(Prevention Promotion & Protection Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๘ : ความสำเร็จของการพัฒนา กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัดที่ ๘.๑ : ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา

ตัวชี้วัดที่ ๘.๒ : ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอดคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๘.๓ : ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัดที่ ๘.๔ : ความสำเร็จของพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน

น้ำหนัก : ๖

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๕-๙๒๘๘๖๐๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : ๑. นางสรานุจิต อินทร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๑-๙๗๔๕๓๐๐

๒. น.ส.นวลปราง ดวงสว่าง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร.๐๘๓-๖๗๕๗๒๑๓

๓. น.ส.ยศสยา อ่อนคำ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๘๕-๐๔๒๕๕๗๙

๔. นางทิพย์ธิดา พันโยศรี นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๙๓-๗๘๐๙๓๘๙

ตัวชี้วัดที่ ๘.๑ : ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา

เป้าหมาย : ๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร

๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก

น้ำหนัก : ๑

คำอธิบาย :

ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา หมายถึง ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก ผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กและมีผลลัพธ์อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร

การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด (ภายใน ๔๒ วัน) ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง

โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการจัดระบบบริการที่ได้มาตรฐานตามกระบวนการคุณภาพ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอด หลังคลอด การเลี้ยงดูบุตรอายุ ๐-๕ ปี โดยชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการ ซึ่งมุ่งหวังให้แม่ ลูกปลอดภัยจากการตั้งครรภ์และการคลอด ลูกได้รับการเลี้ยงดูให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย

เกณฑ์การให้คะแนน : การประเมินการป้องกันและลดการตายมารดา (แต่ละข้อเป็นอิสระต่อกัน)

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน																													
๑	<p>๑. มีมาตรการ เพื่อใช้ขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาในพื้นที่</p> <p>๒. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติและใช้มาตรการ/ข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดการตายมารดา</p> <p>๓. การบริหารจัดการเพื่อลดการตายมารดา</p> <p>๓.๑ มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอทุกเดือนๆละ ๑ ครั้ง รวม ๑๒ ครั้ง/ปี พร้อมสรุปรายงานการประชุมฯเสนอผู้บริหารระดับอำเภอ และสรุปผลการประชุม one page ส่งจังหวัดทุกเดือน</p> <p>๓.๒ มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบการพัฒนากระบวนการงานอนามัยแม่และเด็กตามโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p>																													
๒	<p>๑. มีระบบบริหารจัดการข้อมูลและการวิเคราะห์ปัญหา</p> <p>๑.๑ มีข้อมูลที่สมบูรณ์ในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงจุดอย่างแท้จริง</p> <p>๑.๒ มีระบบการจัดเก็บและติดตามข้อมูลตาม KPI และข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ</p> <p>๑.๓ วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดำเนินงานเพื่อลดการตายมารดาไทย กำหนดประเด็นการดำเนินงานหรือสิ่งที่ต้องปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพ ที่สามารถระบุถึงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยเสริมที่ทำให้บรรลุเป้าหมาย พร้อมทั้งนำผลการวิเคราะห์มาพิจารณาในการออกแบบกระบวนการทำงาน</p> <p>๑.๔ มีแผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Action plan) ที่สอดคล้องกับปัญหาที่วิเคราะห์ข้างต้นได้</p> <p>๒. มีการติดตามและควบคุมกำกับการทำงาน ทุก ๑ เดือน</p>																													
๓	ใช้มาตรการการป้องกันมารดาตาย เขตสุขภาพที่ ๗ หรือ ประเทศ																													
๔	<p>๑. มีการนำเสนอผลงานวิชาการด้านแม่และเด็กเพื่อป้องกันมารดาตาย</p> <p>๒. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก</p>																													
๕	<p>- อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th rowspan="2">น้ำหนัก</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร</td> <td>อัตราต่อทารกเกิดมีชีวิตแสนคน</td> <td>๐.๕</td> <td>ไม่เกิน ๒๑</td> <td>ไม่เกิน ๑๙</td> <td>ไม่เกิน ๑๗</td> <td>ไม่เกิน ๑๕</td> <td>ไม่เกิน ๑๓</td> </tr> <tr> <td>๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการจัดการและส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษาตามแนวทาง Health Area ๗ Classifying Model</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๐.๕</td> <td>๘๐</td> <td>๘๕</td> <td>๙๐</td> <td>๙๕</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร	อัตราต่อทารกเกิดมีชีวิตแสนคน	๐.๕	ไม่เกิน ๒๑	ไม่เกิน ๑๙	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๕	ไม่เกิน ๑๓	๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการจัดการและส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษาตามแนวทาง Health Area ๗ Classifying Model	ร้อยละ	๐.๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด				น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน																								
		๑	๒	๓		๔	๕																							
๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร	อัตราต่อทารกเกิดมีชีวิตแสนคน	๐.๕	ไม่เกิน ๒๑	ไม่เกิน ๑๙	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๕	ไม่เกิน ๑๓																							
๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้รับการจัดการและส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษาตามแนวทาง Health Area ๗ Classifying Model	ร้อยละ	๐.๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐																							

เงื่อนไข : การนับจำนวนการตายมารดา เฉพาะมารดาไทยอยู่ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามไม่น้อยกว่า ๖ เดือน สาเหตุการตายเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้

เหตุผล :

- ข้อตกลงการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (Performance Agreement) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

- ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์จังหวัดมหาสารคาม ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) แผนงานหลักที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ในโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	อัตรา	๑๕.๐๒	๐	๕๕.๐๖
๒. ร้อยละโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็ก	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ และใช้มาตรการ/ข้อเสนอเชิงนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันและลดการตายมารดา ๒. มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอทุกเดือนๆละ ๑ ครั้ง รวม ๑๒ ครั้ง/ปี พร้อมสรุปรายงานการประชุมฯ เสนอผู้บริหารระดับอำเภอ และสรุปผลการประชุม one page ส่งจังหวัดทุกเดือน	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ - สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ เสนอผู้บริหารอำเภอ - แบบรายงานความก้าวหน้า รายเดือน (one page) เสนอผู้บริหารอำเภอและจังหวัด - การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผ่าน Best Practice - รายงานการสืบสวนสาเหตุการตายมารดารายบุคคล และ Near miss ที่กำหนดจากเขต ๗ ทุกราย - แผนปฏิบัติการ/แผนการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน (Action plan)	✓		✓
๒. มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบ การพัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กตามโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	- คำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการพัฒนา ระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กตามโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก - เอกสารการประเมินตนเอง	✓		✓

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๓. มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน	- แบบรายงานความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ - รายงานการประชุม MCH.B. - รายงานรายไตรมาส ผ่านระบบ รายงานมารดาตายและรายงานการคลอด (ก๑ ก๒) กรมอนามัย	✓		✓
๔. ใช้มาตรการการป้องกันมารดาตาย เขตสุขภาพที่ ๗ หรือประเทศ	- แนวทางการดูแล/แนวปฏิบัติ (เอกสารแนบท้ายภาคผนวก)	✓	-	✓
๕. มีการนำเสนอผลงานวิชาการด้านการป้องกันมารดาตายและลดการตายมารดา	- ใบประกาศการเข้าร่วมการนำเสนอ - ใบประกาศผลการนำเสนอ - เอกสารยืนยันการเข้าร่วมการนำเสนอ	✓	-	-
๖. การบริการอนามัยแม่และเด็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	- ผลการประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	✓	-	-
๗. อัตราส่วนการตายมารดา	- รายงานการตายมารดา (CE) - สรุปผลการอภิปรายการตายมารดา - แบบรายงานความเสี่ยง - แนวทาง Health Area ๗ Classifying Model (เอกสารแนบท้ายภาคผนวก)	✓	-	-

สูตรคำนวณ : อัตราส่วนการตายมารดาไทย

รายการข้อมูล : อัตราส่วนมารดาตาย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด ๖ สัปดาห์ (จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องจากการตั้งครรภ์หรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$

ตัวชี้วัดที่ ๘.๒ : ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอดคุณภาพ

เป้าหมาย : ๑. ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๒. ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

๓. ร้อยละทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกินร้อยละ ๗

๔. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ

น้ำหนัก : ๑.๒๕

คำอธิบาย :

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอด หมายถึง ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอดและการคลอดคุณภาพผ่านตามเกณฑ์ ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐, หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐, ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกินร้อยละ ๗ และทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๓ ต่อพันการเกิดมีชีพ

การฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด

การฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยง โดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามินตามสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้มาฝากครรภ์ตามนัดจำนวน ๕ ครั้ง ดังนี้

การนัดครั้งที่ ๑	เมื่ออายุครรภ์	≤ ๑๒ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๒	เมื่ออายุครรภ์	๑๘ สัปดาห์ ± ๒ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๓	เมื่ออายุครรภ์	๒๖ สัปดาห์ ± ๒ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๔	เมื่ออายุครรภ์	๓๒ สัปดาห์ ± ๒ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๕	เมื่ออายุครรภ์	๓๘ สัปดาห์ ± ๒ สัปดาห์

ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ที่ได้รับการชั่งน้ำหนักภายใน ๒๔ ชั่วโมงหลังคลอด

ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีพที่มีคะแนน Apgar น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗ ที่ ๑ นาที

สูตรคำนวณ :

๑. ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์

รายการข้อมูล : ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ (ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์) ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

๒. ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

รายการข้อมูล : ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ (ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์) ที่ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๓. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

รายการข้อมูล : ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๔. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน

รายการข้อมูล : อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดที่มีคะแนน Apgar score ที่ ๑ นาที ≤ ๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 10000$

เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ	๐.๒๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๒. ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ	๐.๒๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๓. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ร้อยละ	๐.๕	๙	๘	๗	๖	๕
๔. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	อัตราต่อทารกเกิดพันราย	๐.๒๕	๒๕	๒๔	๒๓	๒๒	๒๑

เหตุผล : ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์จังหวัดมหาสารคาม ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) แผนงานหลักที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ในโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
๑. ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ	๕๙.๖๓	๕๗.๓๓	๘๒.๑๖
๒. ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	ร้อยละ	๔๕.๑๑	๓๘.๔๑	๗๒.๑๘
๓. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ร้อยละ	๘.๗๘*	๘.๒*	๖.๓๘**
๖. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	อัตรา	๒๑.๐๑	๑๙.๐๓	๒๔.๑๙

หมายเหตุ * ข้อมูลจากรายงานก๒ ** จากรายงาน HDC

แนวทางการประเมินผล :

ตัวชี้วัด	วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ก.ค. ๖๒	✓	-	-
๒. ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ก.ค. ๖๒	✓	-	-
๓. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ก.ค. ๖๒	✓	-	-
๔. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	รายงาน ก๒	รายงาน ก๒ จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ก.ค. ๖๒	✓	-	-

ตัวชี้วัดที่ ๘.๓ : ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

เป้าหมาย :

๑. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ ๑๐๐
๒. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวันๆละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๑๐๐
๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ ๕๐
๔. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒ mU/L ไม่เกินร้อยละ ๓

น้ำหนัก : ๑.๕

คำอธิบาย :

ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนผ่านตามเกณฑ์ ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกร้อยละ ๑๐๐, หญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันๆละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๑๐๐, หญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ ๕๐ และทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒mU/L ไม่เกินร้อยละ ๓

หญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ตลอดการตั้งครรภ์จนคลอด

หญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวัน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ ณ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ได้รับและกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก ทุกวันๆ ละ ๑ ครั้ง ตลอดการตั้งครรภ์จนคลอด

ยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และกรดโฟลิก หมายถึง ยาเม็ดที่มีไอโอดีนเป็นส่วนประกอบ ปริมาณ ๑๕๐ – ๒๐๐ ไมโครกรัมต่อเม็ด ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบ ๖๐ มิลลิกรัมต่อเม็ด และกรดโฟลิก ๔๐๐ ไมโครกรัมต่อเม็ด

ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ได้รับการตรวจปัสสาวะเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก ไม่เคยได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนมาก่อน และผลการตรวจวิเคราะห์พบว่ามีปริมาณสารไอโอดีนน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร

ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L หมายถึง ทารกแรกเกิด อายุ ๒ วันขึ้นไป ที่คลอดในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้าเพื่อตรวจหาปริมาณ TSH (Thyroid Stimulating Hormone) ผลการตรวจพบว่ามีค่า TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิยูนิตต่อลิตร

สูตรคำนวณ :

๑. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก

รายการข้อมูล: ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๒. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวัน

รายการข้อมูล: ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวัน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวันในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร

รายการข้อมูล: ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจหาปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๔. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒ mU/L

รายการข้อมูล : ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒ mU/L	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดอายุ ๒ วันขึ้นไปมีค่า TSH > ๑๑.๒ mU/L ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กแรกเกิดอายุ ๒ วันขึ้นไป ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ	๐.๒๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก							
๒.๑ จากรายงานเฉพาะกิจ	ร้อยละ	๐.๑๒๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๒.๒ สุ่มสัมภาษณ์	ร้อยละ	๐.๑๒๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	ร้อยละ	๐.๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
๔. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒ mU/L	ร้อยละ	๐.๕	๑๑	๙	๗	๕	๓

เงื่อนไข : ทารกแรกเกิดที่มีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L เป็นทารกแรกเกิดที่เกิดจากมารดาไทยและอยู่ในพื้นที่ไม่น้อยกว่า ๖ เดือน

เหตุผล : ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์จังหวัดมหาสารคาม ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) แผนงานหลักที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ในโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ	๕๒.๔๑	๖๘.๒๕	๗๙.๖๖*
๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	ร้อยละ	๖๐.๖๐	๔๔.๗๖	๓๖.๗๘
๓. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L	ร้อยละ	๔.๘๕	๗.๗๙	๗.๙๔

หมายเหตุ : * คือข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๖๑

แนวทางการประเมินผล :

ตัวชี้วัด	วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ก.ค. ๖๒	✓	-	-
๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิกทุกวัน	- การสุ่มรายชื่อจากรายงาน HDC และสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์จำนวน ๒๐ ราย	- แบบสัมภาษณ์การรับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน (เอกสารแนบท้ายภาคผนวก)	✓	-	-
๓. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	- สุ่มตัวอย่างปัสสาวะส่งตรวจวิเคราะห์ไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ไม่เกิน ๑๖ สัปดาห์ และไม่เคยได้รับวิตามินเสริมไอโอดีนมาก่อน (เป้าหมายการสุ่มตรวจไอโอดีนในปัสสาวะฯ ในภาคผนวก)	- ผลการตรวจวิเคราะห์ไอโอดีนในปัสสาวะ - แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจวิเคราะห์ไอโอดีนในปัสสาวะทุกราย (แบบฟอร์มแนบท้ายภาคผนวก)	✓	-	-
๔. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L	- รายงานการคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด	- แบบรายงานคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑-กรกฎาคม ๒๕๖๒ - แบบรายงานการเฝ้าระวังทารกแรกเกิดที่มีค่า TSH > ๑๑.๒ mU/L ทุกรายที่คลอดในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคามตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๑-กรกฎาคม ๒๕๖๒ (แบบฟอร์มแนบท้ายภาคผนวก)	✓	-	-

ตัวชี้วัดที่ ๘.๔ : ความสำเร็จของการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน

เป้าหมาย

๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๙๕
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๑๐๐
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)

ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม ร้อยละ ๑๐๐
๕. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 ร้อยละ ๑๐๐
๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๗

น้ำหนัก : ๒.๒๕

คำนิยาม :

ความสำเร็จของการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ความสำเร็จของการพัฒนา งานพัฒนาการและโภชนาการเด็กแรกเกิด - ๕ ปี ผ่านตามเกณฑ์ ประกอบด้วย เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๑๐๐, เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐, เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการติดตาม ร้อยละ ๑๐๐, เด็ก ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้นด้วย TEDA๔1 ร้อยละ ๑๐๐ และเด็กมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๕ สูงดีสมส่วนสูงดีสมส่วนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๗

เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรอง

เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือนที่ได้รับการตรวจคัดกรอง พัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรอง พัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ในการประเมินพัฒนาการครั้งแรก

เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำภายใน ๓๐ วัน

เด็กพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับตรวจคัดกรอง พัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่าน ครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการ ติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้าน ภายใน ๓๐ วัน (สมวัยครั้งที่ ๒)

เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและ ส่งเสริม พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ใน การตรวจคัดกรอง พัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒)

สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูง หรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ.๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของความยาว/ส่วนสูงตาม เกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่าอยู่ในช่วง $+๑.๕$ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง

สูงตีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)

ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ ๕ ปี เต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

สูตรการคำนวณ :

๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกผ่านครบ ๕ ด้าน ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ ๕ ด้าน ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริงในเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+B)/C) \times ๑๐๐$

๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริงในเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ในเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรกและพบพัฒนาการล่าช้าครั้งแรก ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริงในเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ ๕ ด้าน ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๕. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

รายการข้อมูล: ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	
รายการข้อมูล ๑	A = เด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าได้รับกระตุ้นTEDA๔ ครบเกณฑ์ (๒.๑+๒.๒) + อยู่ระหว่างการกระตุ้น (๒.๓) + กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์ (๒.๔) จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๒	B = เด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที ๑B๒๖๒ (๑.๑) + ไม่สมวัยหลังกระตุ้น ๑B๒x๒ (๑.๒) - สมวัยก่อนเข้า Teda๔ (๑.๓) จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	
A๑ = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	
A๒ = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ ๕ ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง	
A๓ = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ ๕ ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง	
B๑ = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ทั้งหมด	
B๒ = จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด	
B๓ = จำนวนประชากรชายอายุ ๕ ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด	
B๔ = จำนวนประชากรหญิงอายุ ๕ ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด	
๑) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง = $(B๒/B๑) \times ๑๐๐$	
๒) ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน = $(A๑/B๒) \times ๑๐๐$	
๓) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๕ ปี = $(A๒/B๓)$	
๔) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๕ ปี = $(A๓/B๔)$	

เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำ หนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	๐.๒	๙๐	๙๒.๕	๙๕	๙๗.๕	๑๐๐
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	๐.๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	ร้อยละ	๐.๒๕	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ	๐.๕	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐
๕. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	ร้อยละ	๐.๓	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน							
๖.๑ จากรายงาน ๔๓ แห่ง (HDC)	ร้อยละ	๐.๒	๕๑	๕๔	๕๗	๖๐	๖๓
๖.๒ สุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงเด็ก ๓-๕ ปี ในศูนย์เด็กเล็ก	ร้อยละ	๐.๓	๕๑	๕๔	๕๗	๖๐	๖๓

เหตุผล : - ข้อตกลงการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (Performance Agreement) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

- ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์จังหวัดมหาสารคาม ยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) แผนงานหลักที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ในโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	๙๕.๔๔	๙๕.๔๙	๙๗.๕๔*
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	๖๐.๘๗	๘๗.๐๑	๙๐.๓๒*
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	ร้อยละ	๒๘.๖๗	๓๑.๔๑	๓๖.๒๓*
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ	๘๕.๕๐	๘๖.๗๔	๙๔.๐๗*
๕. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	ร้อยละ			๗๙.๖๙
๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	๔๘.๔๗	๕๐.๕๓	๕๖.๔๗*

หมายเหตุ : * คือข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๖๑

แนวทางการประเมินผล :

ตัวชี้วัด	วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบกรประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒	✓	-	-
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒	✓	-	-
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒	✓	-	-
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒	✓	-	-
๕. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒	✓	-	-
๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	- รายงาน HDC - สุ่มชั่งน้ำหนักวัด ส่วนสูง เด็กอายุ ๓-๕ ปีในศูนย์เด็กเล็ก ทุกрай	- รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒ - ผลสรุปการแปรผลภาวะโภชนาการ	✓	✓	-

หมายเหตุ : *คือข้อมูลไตรมาส ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑ จาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๑๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

เอกสารแนบท้าย

มาตรการการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ ๗

มาตรการ ทั่วไป	๑. Maternal Anemia Management ๒. Classifying High Risk ให้ปฏิบัติตามคู่มือการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางนรีเวช เขตสุขภาพที่ ๗ ๓. MCH Board : นิเทศงาน / รับรองคุณภาพ ๔. MM Conference , Maternal Near Miss Conference
มาตรการ พัฒนา คุณภาพ บริการ	๑. รพ.สต. คัดกรองหญิงตั้งครรภ์ทุกคนตามเกณฑ์ 21 ข้อตามสมุดสีชมพู ๒. ระดับ รพช. พัฒนาทักษะในการดูแลภาวะฉุกเฉินในห้องคลอด การรักษาการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ๓. ระดับ รพท./รพศ. มีการบูรณาการที่ปรึกษาเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ ๔. การสร้างระบบส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ ๕. ปฏิบัติตาม CPG
มาตรการ ระดับชุมชน	๑. ค้นหา Early ANC ๒. Early warning sign, ระบบเฝ้าระวังในชุมชน ๓. ANC ตามนัด
มาตรการ กรณีPPH	๑. Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL) ๒. Early Blood Transfusion (BP \leq 90/60 mmHg. P \geq 100/min.) ๓. รพช. มียาที่จำเป็น & Blood Stock ๔. การใช้ถุงดวงเลือด เพื่อ Estimate blood loss ใน LR
มาตรการ กรณีPIH	๑. Prevention convulsion (MgSO ₄) ๒. Investigation LAB (CBC c plt. SGOT SGPT BUN Cr Urine protein) ๓. Induction of Labour ใน Mild Pre -eclampsia เมื่อ GA 37-38 wks z / ยกเว้น Severe Pre -eclampsia, Eclampsia ให้ termination of pregnancyโดยเร็ว ๔. Hospitalization (Hypertention of control and treatment)
มาตรการ กรณี INDIRECT CAUSE	๑. Identify หญิงวัยเจริญพันธุ์ \rightarrow FP ๒. Early ANC \rightarrow Refer/ case management ๓. การประสาน-ส่งต่อของแพทย์สูติ-อายุรแพทย์

แบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE

สำนักส่งเสริมสุขภาพ

ชื่อสถานบริการ.....ตำบล.....อำเภอ.....กรมอนามัย 2558

จังหวัด.....วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

<p>1. ข้อมูลทั่วไป</p> <p>ว.ด.ป. เข้ารับการรักษา วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา..... อายุ ปี อาชีพ.....</p> <hr/> <p>EDC</p> <p>เลขที่ผู้ป่วยนอก.....เลขที่ผู้ป่วยใน..... เลขลำดับ..... วันที่เสียชีวิต..... อายุครรภ์ขณะมารดาเสียชีวิต.....</p> <p>2. ข้อมูลการฝากครรภ์ <input type="checkbox"/> ฝากครรภ์ <input type="checkbox"/> ไม่ฝาก ครรภ์</p> <p>ตั้งครรภ์ครั้งที่..... เคยคลอด.....ครั้ง เคยแท้ง.....ครั้ง วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์ จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์.....ครั้ง น้ำหนักของมารดาเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก.....กิโลกรัม ส่วนสูง เซนติเมตร น้ำหนักของมารดาเมื่อก่อนคลอด.....กิโลกรัม Hb/Hct ครั้งที่ 1 Hb/Hct ครั้งที่ 2 Anti HIV</p>	<p>3. ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง</p> <p>• วันที่คลอดหรือแท้ง</p> <p>กรณีแท้ง <input type="radio"/> แท้งเอง <input type="radio"/> ทำแท้ง</p> <p>กรณีคลอด</p> <p>• วิธีคลอด <input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> C/S <input type="radio"/> F/E <input type="radio"/> V/E <input type="radio"/> คลอดทำกันทางช่องคลอด <input type="radio"/> BBA <input type="radio"/> อื่นๆ.....</p> <p>• ผู้ทำคลอด <input type="radio"/> แพทย์ <input type="radio"/> พยาบาล <input type="radio"/> ผดุงครรภ์ <input type="radio"/> ผดบ. <input type="radio"/> อื่นๆ..... <input type="radio"/> นสพ. <input type="radio"/> บุคลากรอื่นๆ ที่ผ่านการอบรม</p> <p>• น้ำหนักทารกแรกเกิด กรัม</p> <p>• เมื่อตาย.....วัน.....ชั่วโมง</p> <p><input type="radio"/> ตายใน 7 วันแรก <input type="radio"/> มีชีวิตอยู่</p> <p>4. ประวัติรายละเอียดที่สำคัญ</p> <p>• ประวัติความผิดปกติของครรภ์นี้.....</p> <p>• ประวัติภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ครั้งนี้ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> ไม่มี</p> <p><input type="radio"/> ความดันโลหิตสูง <input type="radio"/> ไข้หวัดในปัสสาวะ <input type="radio"/> น้ำตาลในปัสสาวะ <input type="radio"/> ชีด <input type="radio"/> เด็กทำผิดปกติ <input type="radio"/> Previous C/S <input type="radio"/> อื่น ๆ ระบุ.....</p> <p>• ประวัติการได้รับยาขณะตั้งครรภ์และข้อสรุปสำคัญใน ระยะตั้งครรภ์.....</p>
---	---

5. การรับเข้ารักษาในสถานบริการ

- ว.ด.ป. เข้ารับการรักษา วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....
- สถานภาพที่มาถึงสถานบริการ แท้ง ท้องนอคมดลูก ฝากครรภ์
 เจ็บครรภ์/น้ำเดิน หลังคลอด ตกเลือดก่อนคลอด

- สถานภาพผู้ป่วยเมื่อถึงสถานบริการ ยังดูดี (stable) อาการหนัก
 - เสียชีวิตก่อนถึงสถานบริการ
 - อื่นๆ ระบุ.....
- Case Refer มาเอง
- เวลาคลอดของลูก.....

6. สิ่งที่ตรวจพบเมื่อมาคลอด

6.1 ความก้าวหน้าของการคลอด

- มีการใช้ Pathograph หรือไม่ ใช่ ไม่ใช่
 - ระยะที่ 1 ชม. นาที
 - ระยะที่ 2 ชม. นาที
 - ระยะที่ 3 ชม. นาที
 - น้ำคร่ำแตกเวลา สีน้ำคร่ำ

6.2 ลักษณะเด็กเมื่อแรกคลอด

Apgar score ที่ 1 นาที = ที่ 5 นาที =

6.3 อาการเด็กหลังคลอด.....

การรักษา

6.4 ลักษณะของรกและน้ำหนัก

6.4 อาการของมารดาเมื่อหลังคลอด

7. ภาวะแทรกซ้อนของมารดา

ระยะตั้งครรภ์		ระยะคลอด		ระยะหลังคลอด
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> พิษแห่งครรภ์	<input type="checkbox"/> เลือดแข็งตัวช้า	<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> พิษแห่งครรภ์
<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> รกตกตัวก่อนกำหนด	<input type="checkbox"/> พิษแห่งครรภ์	<input type="checkbox"/> โรคหัวใจ	<input type="checkbox"/> โรคเลือด
<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> รกเกาะต่ำ	<input type="checkbox"/> ภาวะคลอดเร็ว	<input type="checkbox"/> โรคไต	<input type="checkbox"/> เศษรกค้าง/รตติด
<input type="checkbox"/> โรคตับ	<input type="checkbox"/> น้ำเดินก่อนคลอด 24 ชม.	<input type="checkbox"/> โลหิตจาง	<input type="checkbox"/> มดลูกปลิ้น	<input type="checkbox"/> โลหิตจาง
<input type="checkbox"/> วัณโรค	<input type="checkbox"/> แท้งติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> ติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> มดลูกแตก	<input type="checkbox"/> มดลูกไม่แข็งตัว
<input type="checkbox"/> โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก	<input type="checkbox"/> ติดเชื้อ	<input type="checkbox"/> มาลาเรีย	<input type="checkbox"/> น้ำคร่ำเป็นพิษ	<input type="checkbox"/> การฉีกขาดของปากมดลูก
<input type="checkbox"/> โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย	<input type="checkbox"/> ไข่ตั้งอักเสบ	<input type="checkbox"/> ปัญหาทางจิต	<input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ.....	<input type="checkbox"/> การฉีกขาดของฝีเย็บ
<input type="checkbox"/> การตกเลือดจากอุบัติเหตุ	<input type="checkbox"/> มาลาเรีย	<input type="checkbox"/> การคลอดติดขัด		<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ไข่ปลาอุก	<input type="checkbox"/> ไข่สูงไม่ทราบสาเหตุ			<input type="checkbox"/> ปัญหาทางจิต
<input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกมดลูก	<input type="checkbox"/> AIDS			<input type="checkbox"/> ตกเลือด หลังคลอด
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> ปัญญาทางจิต			

สรุป สาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต

- 1.....
 2.....
 3.....

8. ข้อมูล **Intervention** ที่ให้กับผู้ป่วยเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์ จนถึงหลังคลอดที่อาจจะมีผลต่อการทำให้เกิดการตายของมารดา

Antenatal	Intrapartum	Postpartum	Other
<input type="checkbox"/> Evacuation <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Laparotomy <input type="checkbox"/> Hysterectomy <input type="checkbox"/> Version <input type="checkbox"/> Othrr	<input type="checkbox"/> Instrumental del. <input type="checkbox"/> Symphysiotomy <input type="checkbox"/> Caesarean section <input type="checkbox"/> Hysterectomy <input type="checkbox"/> Transfusion	<input type="checkbox"/> Evacuation <input type="checkbox"/> Laparotomy <input type="checkbox"/> Hysterectomy <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Manual Removal	<input type="checkbox"/> Anaesthesia-GA <input type="checkbox"/> Epidural anaesthesia <input type="checkbox"/> Spinal anaesthesia <input type="checkbox"/> Local anaesthesia <input type="checkbox"/> Invasive Monitoring <input type="checkbox"/> ICU ventilation

ข้อสรุปสำคัญเกี่ยวกับ Intervention ที่ให้.....

.....

9. ในความเห็นของคณะกรรมการ **MCH** ของโรงพยาบาล มีปัจจัยต่อไปนี้เกิดขึ้นหรือไม่

ระบบ	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	เหตุผล...../โปรดระบุ
บุคลากร/ครอบครัว	ความซักช้าในการตัดสินใจเข้าสถานพยาบาล			
(การตัดสินใจ)	การปฏิเสธการรักษาหรือเข้ารับการรักษา			
ระบบส่งต่อและการสื่อสาร	ขาดยานพาหนะจากบ้าน ไปสถานพยาบาล			
(การเข้าถึง)	ขาดยานพาหนะระหว่างสถานพยาบาล			
	การสื่อสารระหว่างสถานบริการล้มเหลว			
การอำนวยความสะดวก	ขาดการอำนวยความสะดวก, อุปกรณ์และวัสดุ			
ปัญหาบุคลากร	บุคลากรขาดความพร้อม			
	ขาดผู้เชี่ยวชาญ			
	ขาดการฝึกอบรม			

ข้อสรุปสำคัญในความเห็นข้างต้น.....

.....
.....
.....
.....
.....

10. การผ่านชั้นสูตรศพ ได้ทำ ไม่ได้ทำ

11. สรุปโดยย่อเกี่ยวกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการตาย

.....
.....
.....
.....
.....

12. การตายครั้งนี้สามารถป้องกันได้หรือไม่

ได้ ไม่ได้

13. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา.....

.....
.....

13. คณะกรรมการ **MCH** รพ..... จังหวัด.....

(ชื่อ-สกุล)..... วันที่.....

14. ผู้ตรวจสอบความสมบูรณ์ของรายงาน (ชื่อ-สกุล)..... วันที่.....

15. ส่งรายงานเข้ากรมอนามัย (ชื่อ-สกุล)..... วันที่.....

แบบรายงานความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์
แบบรายงานความเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ ในโครงการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย
จังหวัดมหาสารคาม ปี 2562 อำเภอ.....จังหวัดมหาสารคาม

ลำดับ	รายการข้อมูล	หน่วย นับ	ผลงาน เดือน.....
1	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด	คน	
2	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง	คน	
3	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่มีความเสี่ยง	คน	
3.1	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่ำ (LOW risk)	คน	
	ข้อ 1 อายุ 16-35 ปี (นับถึง EDC) + ความเสี่ยงในข้อ 2 - 8 (อย่างน้อย 1 ข้อ)	คน	
	ข้อ 2 เคยคลอดบุตรน้ำหนัก < 4,000 กรัม	คน	
	ข้อ 3 เคยผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง (Previous C/S)	คน	
	ข้อ 4 เลือดออกในไตรมาสที่ 1	คน	
	ข้อ 5 Thalassemia ที่ Hct > 33 vol%	คน	
	ข้อ 6 Hct 25-33 vol%	คน	
	ข้อ 7 HBs-Ag +Ve	คน	
	ข้อ 8 HIV ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	คน	
3.2	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk)	คน	
	ข้อ 9 อายุ ≤ 15 ปี (นับถึง EDC)	คน	
	ข้อ 10 อายุ > 35 ปี (นับถึง EDC)	คน	
	ข้อ 11 ส่วนสูงน้อยกว่า 145 เซนติเมตร		
	ข้อ 12 ประวัติการคลอดติดไหล่, ตกเลือด, ทารกเสียชีวิตในครรภ์,	คน	
	เคยคลอดทารก < 2,500 กรัมหรือ ≥ 4,000 กรัม	คน	
	ข้อ 13 เลือดออกในไตรมาสที่ 2,3	คน	
	ข้อ 14 Thalassemia ที่ Hct < 25 vol%	คน	
	ข้อ 15 Hct < 25 vol%	คน	
	ข้อ 16 GA มากกว่า 36 สัปดาห์ ทำกัน, ทำขวาง	คน	
	ข้อ 17 GA มากกว่า 40 สัปดาห์	คน	
	ข้อ 18 Twin Pregnancy	คน	
	ข้อ 19 Controlled medical disease	คน	
	ข้อ 20 Chronic HT, pre-eclampsia without severe feature	คน	
	ข้อ 21 Prenancy with myoma, Ovarian tumor	คน	

ลำดับ	รายการข้อมูล	หน่วย นับ	ผลงาน เดือน.....
	ข้อ 22 Heart dz.ที่ function class I,II	คน	
	ข้อ 23 HIV ที่มีภาวะแทรกซ้อน	คน	
	ข้อ 24 ติดสารเสพติด เหล้า บุหรี่	คน	
	ข้อ 25 ประเมินสุขภาพจิต 9Q ได้มากกว่า 7 คะแนน	คน	
	ข้อ 26 GDM	คน	
	ข้อ 27 Hx.คลอดก่อนกำหนด	คน	
3.3	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาก (Vert High Risk)	คน	
	ข้อ 29 Rh negative	คน	
	ข้อ 30 Severe/Uncontrolled medical disease	คน	
	ข้อ 31 Pre-eclampsia with severe feature	คน	
	ข้อ 32 Heart dz.ที่ function class III,IV	คน	
	ข้อ 33 Triplet pregnancy	คน	
	ข้อ 34 IUGR	คน	
	ข้อ 35 Fetal anomaly	คน	
	ข้อ 36 โรคจิตเวช : Schizophrenia,mania,depression	คน	
4	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงทุกรายไม่ว่าด้วยสาเหตุใดต้องได้รับการจัดการและส่งต่อเพื่อการดูแลและรักษาตามแนวทาง Health Area 7 Classifying Model	คน	
5	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงน้อย (Low Risk) ทุกราย ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	คน/ ครั้ง	
6	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High Risk) ทุกราย ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวอย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง	คน/ ครั้ง	
7	จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงมาก (Very High Risk) ทุกราย ไม่ว่าด้วยสาเหตุใดได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัว ตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเขต 7*	คน/ ครั้ง	

*ตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงเขต 7

- อายุครรภ์ เริ่มฝากครรภ์ - ๑๒ สัปดาห์ เยี่ยมบ้านทุก ๒ สัปดาห์
- อายุครรภ์ ๑๓ - ๒๘ สัปดาห์ เยี่ยมบ้านทุก ๑ สัปดาห์
- อายุครรภ์ ตั้งแต่ ๒๘ สัปดาห์ - คลอด เยี่ยมบ้านทุก ๓ วัน

หมายเหตุ

- 1 จัดเก็บข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ทุกราย ที่ฝากครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์ของสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐและเอกชน
- 2 ส่งรายงานทุกวันที 25 ของทุกเดือนไปยัง งานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

แนวทาง Health Area ๗ Classifying Model

Health Area 7 classifying Model			
Very Low Risk	Low Risk	High Risk	Very High Risk
<ul style="list-style-type: none"> -ไม่มีเกณฑ์เสียงหกรกซ้อ -แพทย์พิจารณาส่งกลับดูแลที่ รพ.สต./ PCU 	<ul style="list-style-type: none"> -อายุ 16-35 ปี -เคยคลอดทารก <4,000 กรัม -เสียงคอก GDM -Previous c/s (ส่งนับผ่า GA 35สัปดาห์) -เลือดออกในไตรมาส 1 -Thalassemia ที่ Hct. > 33% -Hct. 25-33% -HBs-Ag +ve -HIV ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน 	<ul style="list-style-type: none"> -อายุ ≤ 15 ปี, >35 ปี -สูง <145 ซม. -ประวัติเสียง : ตกเลือด, คลอดติดไหล่, ทารกเสียชีวิตในครรภ์, เคยคลอดทารก <2,500, $\geq 4,000$ กรัม -เลือดออกในไตรมาส 2,3 -Thalassemia ที่ Hct. < 25 % -Hct. <25 % -GA >36 สัปดาห์ก่อนกำหนด, ท้องขวาง -GA >40 สัปดาห์ -Twin pregnancy -Controlled medical disease -Chronic HT, pre-eclampsia without severe feature -Pregnancy with myoma, ovarian tumor -Heart dz. ที่ functional class I, II -HIV ที่มีภาวะแทรกซ้อน -ติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส กลุ่ม A -ประเมินสุขภาพจิต 9Q ได้ >7 คะแนน -GDM -Hx คลอดก่อนกำหนด -VDRL +ve 	<ul style="list-style-type: none"> -Rh negative -Severe /uncontrolled medical disease -pre-eclampsia with severe feature -Heart dz. ที่ functional class III, IV -Triplet pregnancy -IUGR -Fetal anomaly -โรคจิตเวช : schizophrenia, mania, depression

Health Area 7 classifying Model				
ประเภท	Very Low Risk	Low Risk	High Risk	Very High Risk
สถานที่ ANC	รพ.สต./ PCU รพ.	รพช.	รพช. + แม่ข่าย	รพท. รพศ.
โดย	พยาบาล จนท.รพ.สต.	แพทย์ทั่วไป(GP) พยาบาล	แพทย์ทั่วไป + สูติแพทย์	สูติแพทย์
ระบบ นัด	5 ครั้งคุณภาพ	นัดตามrisk	นัดตามrisk	นัดตามrisk

จำนวนกลุ่มเป้าหมายเก็บตัวอย่างปีสภาวะเพื่อตรวจสอบสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์
จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ลำดับ	อำเภอ	จำนวน กลุ่มตัวอย่าง	หมายเหตุ
๑	เมืองมหาสารคาม	๕๐	
๒	แกดำ	๒๐	
๓	บรบือ	๖๒	
๔	วาปีปทุม	๖๐	
๕	โกสุมพิสัย	๕๘	
๖	กันทรวิชัย	๖๐	
๗	เชียงยืน	๒๗	
๘	นาเชือก	๔๓	
๙	นาตุ้ม	๒๘	
๑๐	พยัคฆภูมิพิสัย	๕๒	
๑๑	ยางสีสุราช	๒๒	
๑๒	กุฉินารายณ์	๒๗	
๑๓	ชื่นชม	๑๗	
	รวม	๕๒๖	

กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๖ สัปดาห์ และไม่เคยได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนมาก่อน

แบบรายงานข้อมูลทารกแรกเกิดที่มีผล TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิตรยูนิต
จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๒

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทารกแรกเกิด	
๑.	ชื่อ.....นามสกุล.....
๒.	วันเดือนปีเกิด.....
๓.	ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... โทร.....
๔.	โรงพยาบาลที่คลอด (ระบุชื่อโรงพยาบาล).....
๕.	น้ำหนักทารกแรกเกิด.....กรัม
๖.	ภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด <input type="checkbox"/> ๑. ไม่มี <input type="checkbox"/> ๒. มี ระบุ.....
๗.	๖.๑ ผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ค่า TSH.....mIU/L ๖.๒ ผลการตรวจยืนยัน ค่า TSH.....mIU/L ๖.๓ สถานที่รักษา (ระบุชื่อโรงพยาบาล)
๘.	ภาวะสุขภาพ ทารกแรกเกิด หลังคลอดอื่นๆ (ระบุปัญหา).....
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการฝากครรภ์ (มารดาของทารกแรกเกิดที่มีผล TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิตรยูนิต)	
๙.	อายุ.....ปี ครรภ์ที่.....
๑๐.	ระดับการศึกษาของมารดา <input type="checkbox"/> ๑. ประถมศึกษา <input type="checkbox"/> ๒. มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย <input type="checkbox"/> ๓. อนุปริญญาตอนต้น/ตอนปลาย <input type="checkbox"/> ๔. ปริญญาตรี <input type="checkbox"/> ๕. ปริญญาโท/เอก
๑๑.	อาชีพ <input type="checkbox"/> ๑. เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> ๒. รับราชการ <input type="checkbox"/> ๓. รับจ้าง <input type="checkbox"/> ๔. ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว <input type="checkbox"/> ๕. แม่บ้าน <input type="checkbox"/> ๖. อื่นๆระบุ.....
๑๒.	สถานที่ฝากครรภ์ (ระบุได้มากกว่า ๒ แห่ง) ๑๒.๑ สถานบริการสาธารณสุข ภายใน จังหวัด <input type="checkbox"/> ๑. รพท. <input type="checkbox"/> ๒. รพช. <input type="checkbox"/> ๓. รพ.สต <input type="checkbox"/> ๔. รพ.เอกชน <input type="checkbox"/> ๕. คลินิกเอกชน ระบุชื่อคลินิก..... ๑๒.๒ สถานบริการสาธารณสุข ภายนอก จังหวัด <input type="checkbox"/> ๑. รพท. <input type="checkbox"/> ๒. รพช. <input type="checkbox"/> ๓. รพ.สต <input type="checkbox"/> ๔. รพ.เอกชน <input type="checkbox"/> ๕. คลินิกเอกชน
๑๓.	๑๓.๑ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์ ๑๓.๒ อายุที่คลอด.....สัปดาห์
๑๔.	คุณภาพการฝากครรภ์ <input type="checkbox"/> ๑. ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ <input type="checkbox"/> ๒. ไม่ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ <input type="checkbox"/> ๓. ไม่ฝากครรภ์ระบุ.....
๑๕.	การได้รับยาเม็ดไอโอดีน <input type="checkbox"/> ๑. ได้รับระบุชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ๒. ไม่ได้รับยา <input type="checkbox"/> ๓. ไม่ทราบ
ผู้รายงาน.....โทรศัพท์.....	

แบบสอบถามเลขที่.....

แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมไอโอดีน และตรวจคุณภาพเกลือบริโภคเสริมไอโอดีน
โครงการเฝ้าระวังโรคขาดสารไอโอดีน จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๕๙

ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์ นาง/นางสาว/นาย	นามสกุล.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....	อำเภอ.....จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงและหรือตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	รายการ	สำหรับผู้ บันทึก ข้อมูล																														
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป		CODE																														
A๑	ชุมชนที่ท่านอาศัยเป็นเขตรับผิดชอบของ <input type="checkbox"/> ๑) เขตเทศบาล <input type="checkbox"/> ๒) นอกเทศบาล	A๑ <input type="checkbox"/>																														
A๒	ท่านอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่เป็นสถานที่ตั้งของสถานบริการสาธารณสุข <input type="checkbox"/> ๑) ใช่ <input type="checkbox"/> ๒) ไม่ใช่	A๒ <input type="checkbox"/>																														
A๓	ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี (เต็ม) เกิด พ.ศ.....	A๓ <input type="checkbox"/>																														
A๔	วุฒิการศึกษาสูงสุด <input type="checkbox"/> ๐) ไม่ได้เรียนหนังสือ <input type="checkbox"/> ๑) ประถม (ตอนต้น+ตอนปลาย) <input type="checkbox"/> ๒) มัธยม(ตอนต้น+ตอนปลาย)/ปวช. <input type="checkbox"/> ๓) อนุปริญญา/ปวท/ปวส <input type="checkbox"/> ๔) ปริญญาตรี/โท/เอก	A๔ <input type="checkbox"/>																														
A๕	อาชีพหลัก <input type="checkbox"/> ๑) เกษตรกรรม <input type="checkbox"/> ๒) ค้าขาย/ธุรกิจ <input type="checkbox"/> ๓) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/ อปท. <input type="checkbox"/> ๔) รับจ้าง/ลูกจ้างเอกชน <input type="checkbox"/> ๕) แม่บ้าน/พ่อบ้าน <input type="checkbox"/> ๖) อื่นๆ ระบุ.....	A๕ <input type="checkbox"/>																														
A๖	ลำดับที่การตั้งครรภ์.....	A๖ <input type="checkbox"/>																														
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการฝากครรภ์และการใช้ยาเม็ดเสริมไอโอดีน		CODE																														
A๗	อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์/สถานที่ฝากครรภ์																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ชื่อ</th> <th>เกณฑ์ คุณภาพ ที่</th> <th>อายุครรภ์ (สัปดาห์)</th> <th>สถานที่ฝาก ครรภ์</th> <th>ชนิดวิตามินเสริม ไอโอดีนที่ได้รับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A๗.๑</td> <td>๑</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A๗.๒</td> <td>๒</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A๗.๓</td> <td>๓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A๗.๔</td> <td>๔</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A๗.๕</td> <td>๕</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ชื่อ	เกณฑ์ คุณภาพ ที่	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	สถานที่ฝาก ครรภ์	ชนิดวิตามินเสริม ไอโอดีนที่ได้รับ	A๗.๑	๑				A๗.๒	๒				A๗.๓	๓				A๗.๔	๔				A๗.๕	๕				
ชื่อ	เกณฑ์ คุณภาพ ที่	อายุครรภ์ (สัปดาห์)	สถานที่ฝาก ครรภ์	ชนิดวิตามินเสริม ไอโอดีนที่ได้รับ																												
A๗.๑	๑																															
A๗.๒	๒																															
A๗.๓	๓																															
A๗.๔	๔																															
A๗.๕	๕																															

ลำดับ	รายการ			สำหรับผู้ บันทึก ข้อมูล
B ส่วนที่ ๓ ข้อมูลพฤติกรรมกรที่ได้รับไอโอดีนในครัวเรือน				
๓.๑ พฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีนในการปรุงประกอบอาหาร ๓.๑.๑ ส่วนใหญ่ใช้เครื่องปรุงรสชนิดใดในการปรุงประกอบอาหาร				
ข้อ	ชนิด เครื่องปรุง รส	พฤติกรรมการใช้	ความถี่ในการใช้	
B๑	เกลือ	<input type="checkbox"/> ๑.) ใช้ เกลือเสริม ไอโอดีน (อ่านที่ฉลาก) ระบุ ยี่ห้อ.....	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๑ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B๒		<input type="checkbox"/> ๒.) ใช้ เกลือไม่เสริม ไอโอดีน ระบุยี่ห้อ	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๒ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B๓		<input type="checkbox"/> ๓.) ไม่ทราบว่าเกลือที่ใช้ เสริมไอโอดีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B๔		<input type="checkbox"/> ๔.) ไม่ใช้เกลือ ปรุง ประกอบอาหาร		B๔ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B๕	น้ำปลา	<input type="checkbox"/> ๑.) ใช้ น้ำปลาเสริม ไอโอดีน (อ่านที่ฉลาก) ระบุ ยี่ห้อ.....	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๕ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B๖		<input type="checkbox"/> ๒.) ใช้ น้ำปลาไม่เสริม ไอโอดีน ระบุยี่ห้อ	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๖ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B๗		<input type="checkbox"/> ๓.) ไม่ทราบว่าน้ำปลาที่ ใช้เสริมไอโอดีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๗ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B๘		<input type="checkbox"/> ๔.) ไม่ใช้น้ำปลาปรุง ประกอบอาหาร		B๘ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B๙	ซีอิ๊ว/ซอส ปรุงรส	<input type="checkbox"/> ๑.) ใช้ ซีอิ๊วเสริม ไอโอดีน (อ่านที่ฉลาก) ระบุ ยี่ห้อ.....	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๙ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ลำดับ		รายการ			สำหรับผู้ บันทึก ข้อมูล
	B๑๐		<input type="checkbox"/> ๒.) ใช้ ซีอิ๊วไม่เสริม ไอโอดีน ระบุยี่ห้อ	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๑๐□□
	B๑๑		<input type="checkbox"/> ๓.) ไม่ทราบว่าซีอิ๊วที่ใช้ เสริมไอโอดีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๑๑□□
	B๑๒		<input type="checkbox"/> ๔.) ไม่ใช้ซีอิ๊วปรุง ประกอบอาหาร		B๑๒□□
๓.๑ พฤติกรรมการใช้เครื่องปรุงรสเสริมไอโอดีนในการปรุงประกอบอาหาร(ต่อ)					
๓.๑.๑ ส่วนใหญ่ใช้เครื่องปรุงรสชนิดใดในการปรุงประกอบอาหาร					B๑๓□□
	B๑๓	น้ำปลา ร้า	<input type="checkbox"/> ๑.) ใช้ น้ำปลาร้าเสริม ไอโอดีน (อ่านที่ฉลาก) ระบุยี่ห้อ	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๑๓□□
	B๑๔		<input type="checkbox"/> ๒.) ใช้ น้ำปลาร้าไม่เสริม ไอโอดีน ระบุยี่ห้อ	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๑๔□□
	B๑๕		<input type="checkbox"/> ๓.) ไม่ทราบว่าน้ำปลาร้าที่ใช้ เสริมไอโอดีนหรือไม่	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๑๕□□
	B๑๖		<input type="checkbox"/> ๔.) ไม่ใช้น้ำปลาร้าปรุง ประกอบอาหาร		B๑๖□□
๓.๒ พฤติกรรมการกินอาหารที่มีไอโอดีน ในรอบ ๗ วันที่ผ่านมา					
		ชนิดอาหารที่มี ไอโอดีน	พฤติกรรมการใช้	ความถี่ในการใช้	
	B๑๗	ไข่ไก่	<input type="checkbox"/> ๑.) กิน <input type="checkbox"/> ๒.) ไม่กิน	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๑๗□□

ลำดับ	รายการ			สำหรับผู้ บันทึก ข้อมูล	
	B๑๘	อาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู ปลา ปลาหมึก	<input type="checkbox"/> ๑.) กิน <input type="checkbox"/> ๒.) ไม่กิน	<input type="checkbox"/> ๑.) ๔- ๖ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒.) ๑- ๓ วัน/สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓.) ๒- ๓ วัน/ เดือน	B๑๘ <input type="checkbox"/>
๓.๓ แหล่งที่ซื้อและวิธีการเก็บเกลือเสริมไอโอดีน					
	B๑๙	แหล่งที่ซื้อเกลือเสริมไอโอดีน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ๑. ร้านค้าในหมู่บ้าน <input type="checkbox"/> ๒. ร้านค้าในตลาด <input type="checkbox"/> ๓. รถเร่ <input type="checkbox"/> ๔. ห้างสรรพสินค้า <input type="checkbox"/> ๕. ตลาดนัด <input type="checkbox"/> ๖. อื่นๆ ระบุ.....			B๑๙ <input type="checkbox"/>
	B๒๐	ท่านทราบได้อย่างไรว่าเป็นเกลือเสริมไอโอดีน (ตอบได้มากกว่า ๑ ข้อ) <input type="checkbox"/> ๑. ร้านค้าในหมู่บ้าน <input type="checkbox"/> ๒. ร้านค้าในตลาด <input type="checkbox"/> ๓. รถเร่ <input type="checkbox"/> ๔. ห้างสรรพสินค้า <input type="checkbox"/> ๕. ตลาดนัด <input type="checkbox"/> ๖. อื่นๆ ระบุ.....			B๒๐ <input type="checkbox"/>
	B๒๑	วิธีการเก็บ เกลือเสริมไอโอดีน ที่ใช้ในการปรุงอาหารทุกวัน <input type="checkbox"/> ๑. เก็บในภาชนะที่ปิดสนิท (ปิดสนิท หมายถึง ปิดฝา, ถ้าใส่ถุงมีการผูก ปิดปากถุง) <input type="checkbox"/> ๒. เก็บในภาชนะที่เปิด <input type="checkbox"/> ๓. อื่นๆ ระบุ.....			B๒๑ <input type="checkbox"/>
C : ส่วนที่ ๔ ผลการตรวจเกลือที่ใช้ในครัวเรือน (สำหรับเจ้าหน้าที่กรอก) ยี่ห้อ / ขนาดบรรจุ ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน					
	C๑	ยี่ห้อ	ขนาดบรรจุ (กรัม)	ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน <input type="checkbox"/> ๑. น้อยกว่า ๑๐ ppm <input type="checkbox"/> ๒. ๑๐ ppm <input type="checkbox"/> ๓. ๒๐ ppm <input type="checkbox"/> ๔. ๓๐ ppm <input type="checkbox"/> ๕. ๔๐ ppm <input type="checkbox"/> ๖. ๕๐ ppm	C๑ <input type="checkbox"/>
	C๒	ยี่ห้อ	ขนาดบรรจุ (กรัม)	ตรวจสอบคุณภาพเกลือเสริมไอโอดีน <input type="checkbox"/> ๑. น้อยกว่า ๑๐ ppm <input type="checkbox"/> ๒. ๑๐ ppm <input type="checkbox"/> ๓. ๒๐ ppm <input type="checkbox"/> ๔. ๓๐ ppm <input type="checkbox"/> ๕. ๔๐ ppm <input type="checkbox"/> ๖. ๕๐ ppm	C๒ <input type="checkbox"/>

ลำดับ	รายการ	สำหรับผู้ บันทึก ข้อมูล
D : ส่วนที่ ๕ ข้อมูลพฤติกรรมการได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน		
D๑	การกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ (ถ้าได้รับมากกว่า ๑ ยี่ห้อให้ ตอบจำนวนรวมของทุกยี่ห้อเป็นกิโลกรัมต่อวัน) <input type="checkbox"/> ๑.กินทุกวัน <input type="checkbox"/> ๒. วันละ ๑เม็ด <input type="checkbox"/> ๓.มากกว่า ๑ เม็ดต่อวัน ระบุ.....เม็ดต่อวัน <input type="checkbox"/> ๔.กิน ๔ - ๖ วันต่อ สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๕.กินบางวัน (น้อยกว่า ๔ วันต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> ๖.ไม่กิน ระบุเหตุผล	D๑ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D๒ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D๓ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D๒	ช่วงระยะเวลาของการตั้งครรภ์ที่เริ่มรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน <input type="checkbox"/> ๑. ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒. อายุครรภ์ ๑๒ - ๒๘ สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓. อายุครรภ์มากกว่า ๒๘ สัปดาห์	D๔ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D๓	มีอาการข้างเคียงหลังการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน <input type="checkbox"/> ๑. ไม่มีอาการข้างเคียง <input type="checkbox"/> ๒. มีอาการข้างเคียง โปรด ระบุ.....	D๕ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D๔	มีความตั้งใจจะกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนตลอดอายุครรภ์ <input type="checkbox"/> ๑ จนถึงให้นมบุตร ๖ เดือน <input type="checkbox"/> ๒. กินต่อจนครบกำหนดคลอด <input type="checkbox"/> ๓. หยุดกิน ระบุเหตุผล.....	
D๕	ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยาเม็ดเสริม ไอโอดีนจากแหล่งใดมากที่สุด <input type="checkbox"/> ๑. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข <input type="checkbox"/> ๒. อสม. <input type="checkbox"/> ๓. สื่อสิ่งพิมพ์ <input type="checkbox"/> ๔. หอกระจายข่าว <input type="checkbox"/> ๕. เพื่อนบ้าน <input type="checkbox"/> ๖. คลินิก/โรงพยาบาลเอกชน <input type="checkbox"/> ๗. อื่นๆ ระบุแหล่งที่ได้รับ.....	
เก็บที่ห้องคลอด		
E : ส่วนที่ ๖ ข้อมูลการคลอดและการคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด		
E๑	อายุครรภ์ที่คลอด.....สัปดาห์	E๑
E๒	สถานที่คลอด.....	E๒
E๓	น้ำหนักทารกแรกเกิด.....กรัม	E๓
E๔	๑.ผลการคัดกรองทารกแรกเกิด.....๒.ผลการตรวจยืนยัน	E๔
E๕	ผลการตรวจไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์.....	E๕

แบบสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก		
ส่วนที่ ๑ ข้อมูลส่วนบุคคล		
๑	ชื่อ.....นามสกุล.....	
๒	อายุ.....ปี วันเดือนปีเกิด.....	<input type="checkbox"/> A๒
๓	ที่อยู่ บ้านเลขที่.....บ้าน.....ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัดมหาสารคาม	
๔	เบอร์โทรศัพท์.....	
๕	อายุที่ฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์	<input type="checkbox"/> A๕
๖	จำนวนการตั้งครรภ์...G...../P...../A...../P.....	<input type="checkbox"/> A๖
๗	การได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	
	<input type="checkbox"/> ๑.ได้รับวิตามิน ชื่อวิตามินที่ได้รับ..... จำนวนที่ได้ต่อครั้งเม็ด	<input type="checkbox"/> ๒. ไม่ได้รับวิตามิน เหตุผลที่ไม่ได้รับ.....เม็ด
๘	<p>๘.๑ ความถี่ของการกินวิตามินเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ (ถ้าได้รับมากกว่า ๑ ยี่ห้อให้ตอบจำนวนรวมของทุกยี่ห้อเป็นก็เม็ดต่อวัน)</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.กินทุกวัน <input type="checkbox"/> ๒. วันละ ๑ เม็ด <input type="checkbox"/> ๓.มากกว่า ๑ เม็ดต่อวัน ระบุ.....เม็ดต่อวัน</p> <p><input type="checkbox"/> ๔.กิน ๔ - ๖ วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๕. กินบางวัน (น้อยกว่า ๔ วันต่อสัปดาห์)</p> <p><input type="checkbox"/> ๖.ไม่กิน ระบุเหตุผล.....</p> <p>๘.๒ ช่วงระยะของการตั้งครรภ์ที่เริ่มรับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑. ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒. อายุครรภ์ ๑๒ - ๒๘ สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓. อายุครรภ์มากกว่า ๒๘ สัปดาห์</p> <p>๘.๓ ช่วงเวลาที่รับประทานวิตามิน <input type="checkbox"/> ๑) หลังอาหารเช้า <input type="checkbox"/> ๒.) ก่อนนอน <input type="checkbox"/> ๓.) อื่นๆระบุ.....</p>	<input type="checkbox"/> A๘
๙	ข้อปฏิบัติการรับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็กและโฟลิก	
	<input type="checkbox"/> ๑.กรณียาหมดก่อนถึงวันนัดฝากครรภ์ครั้งต่อไป ท่านสามารถติดต่อเจ้าหน้าที่เพื่อขอรับวิตามินได้ทุกเวลาที่ต้องการ	
	<input type="checkbox"/> ๒.ท่านนำวิตามินมาทุกครั้งที่มาฝากครรภ์เพื่อให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบจำนวนวิตามินที่คงเหลือ	
	<input type="checkbox"/> ๓.ท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานวิตามิน (ชื่อ/ช่วงเวลา/ประโยชน์/ความถี่/ข้อห้าม) ทุกครั้งที่มารับบริการ	
	<input type="checkbox"/> ๔.สามีหรือญาติที่ดูแลท่านได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานวิตามิน (ชื่อ/ความถี่/ประโยชน์)	
	<input type="checkbox"/> ๕.ท่านได้รับคำแนะนำและการติดตามการรับประทานวิตามิน (ชื่อ/ความถี่/ช่วงเวลา/ประโยชน์) จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	
	<input type="checkbox"/> ๖.ท่านได้รับคำแนะนำและการติดตามการรับประทานวิตามิน (ชื่อ/ช่วงเวลา/ประโยชน์/ความถี่/ข้อห้าม) จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๙ : ร้อยละคะแนนผลการดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN hospital

เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐

น้ำหนัก : ๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายประวัตินิ แผลงมาลัย นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ

โทรศัพท์ ๐๔๓ ๗๗๗๙๗๑-๕ ต่อ ๓๐๘ มือถือ ๐๘ - ๕๐๐๒ - ๗๖๓๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอังคณา พรหมะ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

มือถือ ๐๙๘-๑๒๘-๙๐๖๖

e-mail : aungkanat๐๐๐@hotmail.com

นายวุฒิพันธุ์ จันคามิ

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

มือถือ : ๐๘๓-๒๘๙๔๒๔๙

e-mail : wuttipun.moph@gmail.com

คำอธิบาย :

โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลมหาสารคาม และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ดำเนินงานตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ประกอบด้วยกิจกรรม

G : Garbage คือ การจัดการขยะทุกประเภท

R : Rest room คือ การพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS)

E : Energy คือ การจัดการด้านพลังงาน

E : Environment คือ การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล

N : Nutrition คือ การจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ

และในระดับ PLUS ต้องดำเนินงานเพิ่มอีก ๒ ประเด็น คือ

F : Food safety คือ อาหารปลอดภัย

OHS : Occupational Health Services คือ การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพท./รพช./รพ.สต.) ดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ และมีการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆ โดยระบบ Digital Infectious Control ผ่านโปรแกรมกำกับการขนส่งมูลฝอยติดเชื้อของเขตสุขภาพที่ ๕ ราชบุรี

อำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพ และยั่งยืน หมายถึง อำเภอมีระบบและกลไก เพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ใน ๖ ประเด็น ดังนี้

๑. มีข้อมูลสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
๒. มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
๓. มีกลไกขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ
๔. มีระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของสถานบริการสาธารณสุข
๕. มีการคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
๖. มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

สูตรการคำนวณ : (A/B) X ๑๐๐

- A = ผลรวมของคะแนนโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital
B = คะแนนเต็มของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม

เกณฑ์การให้คะแนน: โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	๑	๒	๓	๔	๕
โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital	๓	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control	๑	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
อำเภอมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	๑	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐

ประเมินผลตามเกณฑ์ : กิจกรรม GREEN

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/ เอกสารประกอบ
ด้านกระบวนการ					
๑.	มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการ ขับเคลื่อนพัฒนา ศักยภาพ และสร้าง กระบวนการสื่อสาร ให้เกิดกิจกรรม GREEN อย่างมีส่วน ร่วมของคนในองค์กร	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้าง กระบวนการสื่อสารให้เกิด กิจกรรม GREEN อย่างมีส่วน ร่วมของคนในองค์กร (๒ คะแนน) ๒. มีการกำหนดนโยบาย เพิ่มเติมดังนี้ ๒.๑ งดใช้กล่องโฟมในการ บรรจุอาหาร (๒ คะแนน) ๒.๒ ใช้ถุงผ้าแทน ถุงพลาสติก ในโรงพยาบาล และ รพ.สต. (๒ คะแนน) ๓. มีแผนปฏิบัติงานประจำปี (๑ คะแนน) ๔. มีคำสั่งฯ (๑ คะแนน)	๘		คู่มือเอกสารที่เกี่ยวข้อง - นโยบาย - คำสั่งฯ - แผนการขับเคลื่อน - ช่องทางการสื่อสาร - สุ่มสอบถาม ผู้รับบริการ จำนวน ๑๐ คน
G : Garbage					
๒.	การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ตามกฎกระทรวง ว่าด้วย การจัดการมูล ฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕	๑. มีการจัดมูลฝอยติดเชื้อตาม กฎกระทรวงว่าด้วย การ จัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ (๑๔ คะแนน)	๑๔		- แบบประเมินคุณภาพ การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สำหรับโรงพยาบาล - หลักฐานการอบรม หลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อ หรืออันตรายที่อาจเกิด จากมูลฝอยติดเชื้อตาม ประกาศกระทรวง - Road Map การ จัดการมูลฝอยติดเชื้อ

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
					ของหน่วยงาน
R : Restroom					
๓.	มีห้องส้วมผู้ป่วยนอก และใน สะอาด เพียงพอ ปลอดภัย	๑. พัฒนาส้วมผู้ป่วยนอกผ่านมาตรฐาน HAS (๓ คะแนน) ๒. พัฒนาส้วมผู้ป่วยในผ่านมาตรฐาน HAS (๓ คะแนน) ๓. ลดใช้สารเคมีและน้ำยาดับกลิ่นในห้องส้วม (๒ คะแนน)	๘		- แบบประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานส้วม (HAS) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
E : Energy					
๔.	มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	๑. มีมาตรการประหยัดพลังงานไฟ (๓ คะแนน) ๒. มีมาตรการประหยัดพลังงานเชื้อเพลิง (๓ คะแนน) ๓. มีข้อมูลเปรียบเทียบผลการใช้พลังงาน (๒ คะแนน)	๘		ดูเอกสารที่เกี่ยวข้อง - มาตรการประหยัดพลังงานไฟ - มาตรการประหยัดพลังงานเชื้อเพลิง - ข้อมูลเปรียบเทียบผลการใช้พลังงาน
E : Environment					
๕.	การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยลดโลกร้อน	๑. มีการจัดกิจกรรม Big Cleaning Day หรือ ๕ ส. (๓ คะแนน) ๒. มีการตรวจสอบและควบคุมระบบบำบัดน้ำเสียตามมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ (๕ คะแนน)	๘		- แผนการจัดกิจกรรม Big Cleaning Day หรือ ๕ ส. - ภาพการดำเนินกิจกรรม Cleaning Day หรือ ๕ ส. - การจัดสภาพแวดล้อมที่ทำงาน และการปรับปรุงภูมิทัศน์เหมาะสมสวยงามเพิ่มพื้นที่สีเขียว - รายงานสรุปการทำงานของระบบบำบัดน้ำเสียตามมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและ

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
					รักษาคุณภาพ สิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕
N : Nutrition					
๖.	การดำเนินงานด้าน สุขาภิบาลอาหารและ น้ำ	<p>๑. ปฏิบัติตามข้อกำหนดด้าน สุขาภิบาลอาหาร สำหรับ สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วย ในโรงพยาบาล (๓ คะแนน) ดังนี้</p> <p>๑.๑ ประเภทโรงพยาบาล ชุมชน - รพช. ผ่านระดับดี (๒ คะแนน) - รพช. ผ่านระดับดีมาก (๓ คะแนน)</p> <p>๑.๒ ประเภทโรงพยาบาล ทั่วไป - รพท. ผ่านระดับดี (๒ คะแนน) - รพท. ผ่านระดับดีมาก (๓ คะแนน)</p> <p>**๒. กรณีโรงพยาบาลที่มีร้าน จำหน่ายอาหารหรือแผง จำหน่ายอาหารได้คะแนนเพิ่ม (๓ คะแนน) ดังนี้</p> <p>๒.๑ ร้านอาหารผ่านเกณฑ์ GFGT (๓ คะแนน) *๒.๑ ผ่าน (๓ คะแนน) *๒.๒ ไม่ผ่าน (๒ คะแนน)</p> <p>๓. เฝ้าระวังระบบน้ำประปา ของโรงพยาบาล ได้มาตรฐาน ตามเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภค กรมอนามัย พ.ศ.๒๕๕๓</p>	๑๕		<p>- แบบประเมินตนเอง ตามข้อกำหนดด้าน สุขาภิบาลอาหาร สำหรับสถานที่ ประกอบอาหารผู้ป่วย ในโรงพยาบาล ของกรมอนามัย - ผลการวิเคราะห์ น้ำประปา จำนวน ๒๐ ข้อมูล ตามเกณฑ์ คุณภาพน้ำบริโภคกรม อนามัย พ.ศ. ๒๕๕๓ - ผลการตรวจสอบ โคลิฟอร์มแบคทีเรียใน น้ำบริโภค (๐๑๑)</p>

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
		<p>(๒ คะแนน)</p> <p>๔. มีการจัดหาน้ำดื่มเพียงพอสำหรับผู้รับบริการ</p> <p>(๒ คะแนน)</p> <p>๕. มีการเฝ้าระวังน้ำดื่มของผู้รับบริการ ดังนี้ (๕ คะแนน)</p> <p>๕.๑ มีการตรวจสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภคโดยใช้ ๑๑๑</p> <p>* มีการตรวจ ๑๑๑ ครบทุกจุด (๓ คะแนน)</p> <p>* มีการตรวจ ๑๑๑ ไม่ครบทุกจุด (๒ คะแนน)</p> <p>๕.๒ มีผลการตรวจสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภคโดยใช้ ๑๑๑</p> <p>* มีผลการตรวจ ๑๑๑ ครบทุกเดือน (๒ คะแนน)</p> <p>* มีผลการตรวจ ๑๑๑ ไม่ครบทุกเดือน (๑ คะแนน)</p>			
นวัตกรรม					
๗.	ส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยมีการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อมุ่งตอบสนองต่อความพึงพอใจของผู้มารับบริการ	<p>โรงพยาบาลมีการสร้างนวัตกรรมหรือ R๒R GREEN ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - Product Innovation - Process Innovation - Service Innovation - Management Innovation <p>โดยมีข้อใดข้อหนึ่ง (๑๐ คะแนน)</p>	๑๐		ดูเอกสารที่เกี่ยวข้องและนวัตกรรมที่เกิดขึ้น

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
ด้านกิจกรรม					
๘.	สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	๑. สร้างเครือข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน หรือหน่วยงานอื่นๆ) เกิดกิจกรรม GREEN ในชุมชน (๑๐ คะแนน) ดังนี้ ๑.๑ มีเครือข่ายกิจกรรม GREEN ในชุมชน(๕ คะแนน) *จำนวน ๓ เครือข่าย (๕ คะแนน) *จำนวน ๒ เครือข่าย (๔ คะแนน) *จำนวน ๑ เครือข่าย (๓ คะแนน) ๑.๒ สร้างเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN ได้จำนวน ๒ แห่ง (๕ คะแนน)	๑๐		คู่มือเอกสารที่เกี่ยวข้อง
ด้านอาหารปลอดภัย					
๙.	โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)	โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ดังนี้ (๑๒ คะแนน) ๑. มีการคัดเลือกวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูป โดยมีการดำเนินการตามการตรวจสอบคุณภาพโดยโรงพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย เช่น ผักและ	๑๒		

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
		<p>ผลไม้ผ่านมาตรฐานเกษตรอินทรีย์มาตรฐาน PGS มกอช. หรือ GAP) (๒ คะแนน)</p> <p>๒. มีการตรวจสอบสารปนเปื้อนและสารตกค้างในวัตถุดิบที่นำมาปรุงประกอบอาหารและอาหารแปรรูปอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง โดยมีการกำหนดนโยบาย ผู้รับผิดชอบ และการตรวจสอบความปลอดภัยอาหารหรือขอรับการสนับสนุนจากหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร (Mobile Unit) ในการตรวจวัตถุดิบเพื่อคัดกรองก่อนประกอบอาหารเบื้องต้น (๒ คะแนน)</p> <p>๓. โรงพยาบาลมีการตรวจสอบคุณภาพวัตถุดิบที่ใช้ปรุงประกอบอาหารประจำปี และจัดทำแผนเฝ้าระวังร่วมกับ สสจ. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (๒ คะแนน)</p> <p>๔. โรงพยาบาลมีการจัดทำเมนูอาหารล่วงหน้าอย่างน้อย ๒ เดือน (๒ คะแนน)</p> <p>๕. การจัดซื้อจัดจ้างพัสดุโดยวิธีคัดเลือกและวิธีเฉพาะเจาะจง ตาม พ.ร.บ. จัดซื้อจัดจ้าง พ.ศ. ๒๕๖๐ และประสานกับร้านสหกรณ์ที่กระทรวงเกษตรและสหกรณ์รับรองหรือกลุ่มเกษตรกรที่ได้รับ</p>			

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
		การรับรอง เช่น วิสาหกิจชุมชน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มสตรี หรือเป็นผู้ผลิตที่ผ่านการรับรองเข้าเสนอราคา (๒ คะแนน) ๖. ดำเนินการจัดตลาด Green Market ของโรงพยาบาลอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง (๒ คะแนน)			
ด้านการจัดบริการอาชีวอนามัย					
๑๐.	โรงพยาบาลผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป	๑. โรงพยาบาลประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป (๓ คะแนน) ๒. โรงพยาบาลผ่านการประเมินตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จากจังหวัด/สคร.๗ ขอนแก่น ในระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป (๔ คะแนน)	๗		

ประเมินผลตามเกณฑ์ : การควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control

เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/ เอกสารประกอบ
การควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control				
การควบคุม การจัดการมูลฝอย ติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control	<p>๑. มีการจัดมูลฝอยติดเชื้อตาม กฎกระทรวงว่าด้วย การจัดการมูล ฝอยติดเชื้อ พ.ศ.๒๕๔๕ (๒๐ คะแนน)</p> <p>๒. มีข้อมูลจำนวนสถานบริการ สาธารณสุขคลินิกเอกชน,โรงพยาบาล สัตว์ เป็นปัจจุบัน (๑๐ คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลครบทุกแห่ง (๑๐ คะแนน) - มีข้อมูลไม่ครบทุกแห่ง (๕ คะแนน) <p>๓. การบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอย ติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอย ติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของ แหล่งกำเนิดโดยระบบ Digital Infectious Control (๖๐ คะแนน)</p> <p>๓.๑ รพท./รพช. มีข้อมูลปริมาณ มูลฝอยติดเชื้อของ (รพท./รพช./ รพ.สต.) และเป็นปัจจุบัน (๓๐ คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีข้อมูลครบทุกเดือนและครบ ทุก รพ.สต. และเป็นปัจจุบัน (๓๐ คะแนน) - มีไม่ครบทุก รพ.สต. (๒๕ คะแนน) <p>๓.๒ รพท./รพช. มีการบันทึกข้อมูล ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและ ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการ จัดการของแหล่งกำเนิดโดยระบบ Digital Infectious Control (ต.ค. ๖๑ - ปัจจุบัน) (๓๐ คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกครบทุกเดือน (๓๐ คะแนน) 	๑๐๐		<ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินคุณภาพ การจัดการมูลฝอยติด เชื้อสำหรับ โรงพยาบาล - หลักฐานการอบรม หลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อ หรืออันตรายที่อาจเกิด จากมูลฝอยติดเชื้อตาม ประกาศกระทรวง - การบันทึกข้อมูล ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ ที่เกิดขึ้นและปริมาณ มูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับ การจัดการของ แหล่งกำเนิดต่างๆโดย ระบบ Digital Infectious Control - Road Map การ จัดการมูลฝอยติดเชื้อ ของหน่วยงาน

เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
	<p>- บันทึกไม่ครบทุกเดือน (๒๕ คะแนน)</p> <p>๔. มีระบบการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อจากแหล่งกำเนิด ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง, รพ.สต., รพ.แม่ข่าย ที่ได้มาตรฐาน (๑๐ คะแนน)</p>			

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. จากการรายงาน/ประเมินตนเอง	<ul style="list-style-type: none"> - เอกสารผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN& CLEAN Hospital ปี ๒๕๖๒ - เอกสารผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ GREEN& CLEAN รพ.สต.ติดดาว - เอกสารผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม 	✓	-	✓
๒. เอกสารที่เกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> - นโยบายมีการกำหนดนโยบายการขับเคลื่อนพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital - คำสั่งคณะกรรมการฯ - แผนการขับเคลื่อนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมากหรือระดับดีมาก Plus - หลักฐานการอบรมหลักสูตรการป้องกัน และระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อตามประกาศกระทรวง - โปรแกรมการบันทึกข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการของแหล่งกำเนิดต่างๆโดยระบบ Digital Infectious Control - Road Map การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของหน่วยงาน - มาตรการประหยัดพลังงานไฟ - มาตรการประหยัดพลังงานเชื้อเพลิง - ข้อมูลเปรียบเทียบผลการใช้พลังงาน 	✓	-	✓

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<ul style="list-style-type: none"> - แผนการจัดกิจกรรม Big Cleaning Day หรือ ๕ ส. - ภาพการดำเนินกิจกรรม Cleaning Day หรือ ๕ ส. - รายงานสรุปการทำงานของระบบบำบัดเสีย ตามมาตรา ๘๐ แห่งพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๓๕ - ผลการวิเคราะห์น้ำประปา จำนวน ๒๐ ข้อมูล ตามเกณฑ์คุณภาพน้ำบริโภคกรมอนามัย พ.ศ.๒๕๕๓ - ผลการตรวจสอบโคลิฟอร์มแบคทีเรียในน้ำบริโภค(๑๑๑) - นวัตกรรม - เครือข่าย GREEN Community 			

ประเมินผลตามเกณฑ์ : อำเภอที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
๑.	ข้อมูล สถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	<p>อำเภอมีฐานข้อมูลด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งประเด็นข้อมูลพื้นฐานและประเด็นข้อมูลพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม พื้นที่เสี่ยงการจัดการสิ่งปฏิกูลและพยาธิใบไม้ตับหรือปัญหาตามบริบทพื้นที่ โดยบันทึกข้อมูลผ่านระบบ NEHIS มีการวิเคราะห์และนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหา รวมทั้งมีการจัดการเรื่องความน่าเชื่อถือและทันสมัยของข้อมูล</p> <p>๑. จำนวน ๑-๒ ประเด็น (๑๒ คะแนน)</p> <p>๒. จำนวน ๒-๓ ประเด็น (๑๔ คะแนน)</p> <p>๓. จำนวน ๔-๕ ประเด็น (๑๖ คะแนน)</p>	๒๐		<p>ดูเอกสารที่เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - รายงานข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อมฯ - ตรวจสอบข้อมูลผ่านโปรแกรมบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม NEHIS

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
		๔. จำนวน ๖-๗ ประเด็น (๑๘ คะแนน) ๕. มากกว่า ๗ ประเด็น (๒๐ คะแนน)			
๒.	มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	อำเภอมีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ทั้งประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน และประเด็นพื้นที่เสี่ยงต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม หรือปัญหาตามบริบทพื้นที่ ๑. จำนวน ๑ ประเด็น (๑๒ คะแนน) ๒. จำนวน ๒ ประเด็น (๑๔ คะแนน) ๓. จำนวน ๓ ประเด็น (๑๖ คะแนน) ๔. จำนวน ๔ ประเด็น (๑๘ คะแนน) ๕. จำนวน ๕ ประเด็น (๒๐ คะแนน)	๒๐		ดูเอกสารที่เกี่ยวข้อง - แผนการขับเคลื่อนฯ - แนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังฯ - ช่องทางการสื่อสาร
๓.	มีการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	กลไกการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอ (อสธอ.) (๓ คะแนน) ๒. มีโครงการ/กิจกรรม/แผน การดำเนินงานของคณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอ/พขอ.(๒ คะแนน) ๓. มีการจัดประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอ/พขอ.(๒ คะแนน) ๔. มีการนำเสนอข้อมูลในประเด็นด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญหรือเป็นปัญหาของพื้นที่หรือการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเข้าสู่การประชุมคณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอ/พขอ. (๓คะแนน) - ๑-๒ ประเด็น (๑ คะแนน)	๒๐		ดูเอกสารที่เกี่ยวข้อง - นโยบาย - คำสั่งฯ - โครงการ/แผนงาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง - รายงานการประชุม

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
		<p>- ๓-๔ ประเด็น (๒ คะแนน)</p> <p>- > ๔ ประเด็น (๓ คะแนน)</p> <p>๕. มีมติจากการประชุมและ มีการติดตามการดำเนินการตามมติ ของคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอ/พขอ. (๕ คะแนน)</p> <p>- ๑ มติ (๑ คะแนน)</p> <p>- ๒ มติ (๒ คะแนน)</p> <p>- ๓ มติ (๓ คะแนน)</p> <p>- ๔ มติ (๔ คะแนน)</p> <p>- >๕ มติ (๕ คะแนน)</p> <p>๖. มีการจัดทำรายงานการประชุมคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอ/พขอ. และส่งรายงานมายังคณะอนุกรรมการบริหารและขับเคลื่อนการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข (๓ คะแนน)</p> <p>๗. มีการกำหนดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอ/พขอ. เช่น การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ, การแต่งตั้งคณะทำงานโดยมีประชาชนมีส่วนร่วม, การแต่งตั้งคณะทำงานระหว่างอำเภอเพื่อทำงานร่วมกันแบบบูรณาการ เป็นต้น (๒ คะแนน)</p>			
๔.	มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน (EHA)	<p>๑. มีแผนการดำเนินงาน ควบคุมกำกับ และติดตามการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพ และมีการถ่ายทอดสื่อสารนโยบาย ให้หน่วยงานองค์กร</p>	๒๐		<p>ดูเอกสารที่เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - นโยบาย - โครงการ/แผนงาน/กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง - ใบสมัคร - ผลการประเมินรับรองฯ

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
		<p>ปกครองส่วนท้องถิ่น (๕ คะแนน)</p> <p>๒. มีฐานข้อมูลการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่รับผิดชอบ (๓ คะแนน)</p> <p>๓. มีเทศบาลในพื้นที่สมัครและผ่านการประเมินรับรองคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (EHA) (ตามที่กรมอนามัยกำหนด) ดังนี้ (๑๐ คะแนน)</p> <p>๓.๑ สมัครฯ แต่ไม่ผ่านการรับรองฯ (๖ คะแนน)</p> <p>๓.๒ สมัครฯ ๑ เรื่องและผ่านระดับการรับรองฯระดับพื้นฐาน ๑ เรื่อง (๗ คะแนน)</p> <p>๓.๓ สมัครฯ \geq ๑ เรื่อง และผ่านระดับรับรองฯระดับพื้นฐาน \geq ๑ เรื่อง (๘ คะแนน)</p> <p>๓.๔ สมัครฯ ๑ เรื่อง และผ่านการรับรองฯ ระดับเกียรติบัตร ๑ เรื่อง (๙ คะแนน)</p> <p>๓.๕ สมัครฯ \geq ๑ เรื่อง และผ่านระดับรับรองฯ ระดับเกียรติบัตร \geq ๑ เรื่อง (๑๐ คะแนน)</p> <p>๔. มีการส่งเสริม/สนับสนุนให้บุคลากรของหน่วยงานได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย ๑ คน (เพื่อเป็นผู้ให้คำปรึกษา:Instructor) (๒ คะแนน)</p>			
๕.	มีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัย	๑. อำเภอมีตำบลที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม	๒๐		ดูเอกสารที่เกี่ยวข้อง - แผนงาน/โครงการ/

ชื่อ	เกณฑ์การประเมิน	คำอธิบายเกณฑ์	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	วิธีการ/หลักฐาน/เอกสารประกอบ
	สิ่งแวดล้อมชุมชน	<p>ร้อยละ ๘๐ ตำบลมีชุมชนที่มีศักยภาพในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ ๕๐ ของตำบลมีชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (๑๕ คะแนน)</p> <p>๑.๑ ตำบล \leq ๕๐%/หมู่บ้าน \leq ๕๐% (๑๑ คะแนน)</p> <p>๑.๒ ตำบล \geq ๕๕%/หมู่บ้าน \geq ๕๕% (๑๒ คะแนน)</p> <p>๑.๓ ตำบล \geq ๖๐%/หมู่บ้าน \geq ๖๐% (๑๓ คะแนน)</p> <p>๑.๔ ตำบล \geq ๖๕%/หมู่บ้าน \geq ๖๕% (๑๔ คะแนน)</p> <p>๑.๕ ตำบล \geq ๗๐%/หมู่บ้าน \geq ๗๐% (๑๕ คะแนน)</p> <p>๒. เกิดนวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามบริบทของพื้นที่ และมีแหล่งเรียนรู้นวัตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม (๓ คะแนน)</p> <p>๓. เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกชุมชน (๒ คะแนน)</p>			<p>กิจกรรมที่เกี่ยวข้อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบประเมินตนเองฯ - รายงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานสรุปถอดบทเรียนเวทีแลกเปลี่ยน เป็นต้น - นวัตกรรม อย่างน้อย ๑ เรื่อง - ภาพกิจกรรมฯ

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ : ความสำเร็จของการดำเนินงาน Fast track

ประกอบด้วยตัวชี้วัด ๓ ตัว ได้แก่

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๑ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑๐.๑.๑ Door to Refer

๑๐.๑.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑๐.๑.๓ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๒ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired

๑๐.๒.๑ อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score

๑๐.๒.๒ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)

๑๐.๒.๓ อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic

๑๐.๒.๔ อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๓ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาล ระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)

เป้าหมาย : ๑๐.๑ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๑๐.๑.๑ Door to Refer (๓๐ นาที)

๑๐.๑.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ ๗)

๑๐.๑.๓ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ ๑๐๐)

๑๐.๒ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired (ร้อยละ ๑๐๐)

๑๐.๓ อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

น้ำหนัก : ๖

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรวรรณ กุสกุรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

นางธนนิษฐ์ แก้วม่วง โทร. ๐๘๑-๕๔๖-๙๔๖๕

เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
๑๐.๑ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง						
๑๐.๑.๑ Door to Refer	๑	๗๐	๖๐	๕๐	๔๐	๓๐
๑๐.๑.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๑	๑๑	๙	๗	๕	๓
๑๐.๑.๓ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ	๑	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๑๐.๒ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired						
๑๐.๒.๑ อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score	๐.๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๑๐.๒.๒ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	๐.๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๑๐.๒.๓ อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic	๐.๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๑๐.๒.๔ อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	๐.๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๑๐.๓ อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Level ๑ และ Level ๒) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๑	๓๒	๒๗	๒๒	๑๗	๑๒

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๑ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป้าหมาย : ๑๐.๑.๑ Door to Refer (๓๐ นาที)

๑๐.๑.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ ๗)

๑๐.๑.๓ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ ๑๐๐)

น้ำหนัก : ๓

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้ในนอนพักรักษาในโรงพยาบาล(admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principle diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : ๒๐-๒๙)

การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; ๒๐-๒๙)

การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; ๒๐-๒๙)

Door to refer หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาถึงโรงพยาบาล ได้รับการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น จนได้รับการส่งต่อ และออกเดินทางมาด้วยรถ refer ของโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาสารคาม

การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วย stroke ซึ่งไม่มีภาวะที่คุกคามชีวิตแล้ว ได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และให้กลับมาช่วยตัวเองได้มากที่สุด

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

สูตรการคำนวณ :

๑. Door to Refer

ตัวชี้วัด : Door to Refer (ค่าเฉลี่ยระยะเวลา)	
รายการข้อมูล ๑	ระยะเวลารวม(นาที)ที่ผู้ป่วย Stroke มาถึงโรงพยาบาล จนถึงได้รับการส่งต่อ
รายการข้อมูล ๒	จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการส่งต่อ
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;๒๐-๒๙) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;๒๐-๒๙)
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

๓. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ

ตัวชี้วัด : อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วย stroke ที่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ Pdx = 1๖๓, 1๖๔ ที่ได้ลงทะเบียนฟื้นฟูสภาพ (๙๓๐, ๙๓๘๙)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วย stroke ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน Pdx = 1๖๓, 1๖๔
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

- วิธีการจัดเก็บข้อมูล
- ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
 - นับจำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการ refer
 - นับจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินและฟื้นฟูสภาพร่างกายทุกราย

- แหล่งข้อมูล
- Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
 - แฟ้มรายงานประวัติผู้ป่วย
 - รายงานการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย stroke/ข้อมูล refer back ผู้ป่วย stroke จากหน่วยบริการต่างๆ

เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. Door to Refer (ค่าเฉลี่ยระยะเวลา)	นาที	๑	๗๐	๖๐	๕๐	๔๐	๓๐
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ร้อยละ	๑	๑๑	๙	๗	๕	๓
๓. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ	ร้อยละ	๑	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ข้อมูล ณ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒

แนวทางการประเมินผล :

ตัวชี้วัด	วิธีประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. Door to Refer	รายงานการส่งต่อผู้ป่วย	แฟ้มประวัติผู้ป่วย	✓		
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ ๓๑ ก.ค. ๒๕๖๒	✓		
๓. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ	รายงานการฟื้นฟูผู้ป่วย Stroke		✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๒ : คุณภาพของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community - acquired

เป้าหมาย : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล < ร้อยละ ๓๐ ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis

๑๐.๒.๑ อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score

๑๐.๒.๒ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)

๑๐.๒.๓ อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic

๑๐.๒.๔ อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)

น้ำหนัก : ๒

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock

ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (คำนิยามที่ ๑) ที่เกิดภาวะ tissue hypo perfusion หรือ organ dysfunction (คำนิยามที่ ๒) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้

ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป (คำนิยามที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP \geq ๖๕ mmHg และ มีค่า serum lactate level $>$ ๒ mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม

Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis

กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community - acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกันทั้งประเทศ แล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป

การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFA ตั้งแต่ ๒ ข้อขึ้นไป (คำนิยามที่ ๓) modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ ๔ ข้อขึ้นไป (คำนิยามที่ ๔) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้

ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD ๑๐ และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญ พบว่า อัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่า แนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน :

ลำดับ	เกณฑ์	น้ำหนัก	หน่วย วัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
๑	อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๒	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๓	อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๔	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

เหตุผล : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

แนวทางการประเมินผล :

ข้อ ที่	วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการ ประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑	อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score	เอกสารแสดงผลการคัดกรอง	✓		
๒	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	เอกสารแสดงผลอัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง	✓		
๓	อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic	เอกสารแสดงผลอัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic	✓		
๔	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	เอกสารแสดงผลอัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	✓		

คำนิยามศัพท์ประกอบการประเมินผล

คำนิยามที่ ๑ SIRS (systemic inflammatory response syndrome) หมายถึง

๑. Temperature > ๓๘ °C or < ๓๖ °C
๒. Heart rate > ๙๐ beats/min
๓. Respiratory rate > ๒๐/min หรือ PaCO₂ ๓๒ mmHg
๔. WBC > ๑๒,๐๐๐/mm^๓, < ๔,๐๐๐/mm^๓, หรือมี band form >๑๐%

คำนิยามที่ ๒ Tissue hypo perfusion หรือ organ dysfunction หมายถึง

๑. มีภาวะ Hypotension
๒. ค่า blood lactate level > ๒ mmol/L (๑๘ mg/dL)
๓. Urine output < ๐.๕ L/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า ๒ ชม. แม้ว่าจะได้รับสารน้ำเพียงพอ
๔. Acute lung injury ที่มี PaO₂/FiO₂ < ๒๕๐ โดยไม่มีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ
๕. Acute lung injury ที่มี PaO₂/FiO₂ < ๒๐๐ โดยไม่มีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ
๖. Creatinine > ๒.๐ mg/dL (๑๗๖.๘ μmol/L)
๗. Bilirubin > ๒ mg/dL (๓๔.๒ μmol/L)
๘. Platelet count < ๑๐๐,๐๐๐ μL
๙. Coagulopathy (international normalized ratio ๑.๕ หรือ aPTT > ๖๐ วินาที)

คำนิยามที่ ๓ qSOFA (quick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

๑. alteration in mental status (อาจใช้ Gasgow Coma Scale score น้อยกว่า ๑๕ ก็ได้)
๒. systolic blood pressure ≤ ๑๐๐ mmHg
๓. respiratory rate ≥ ๒๒/min

คำนิยามที่ ๔ SOS score (search out severity)

Score	๓	๒	๑	๐	๑	๒	๓
อุณหภูมิ (ใช้)		≤ ๓๕	๓๕.๑-๓๖	๓๖.๑-๓๘	๓๘.๑- ๓๘.๔	≥ ๓๘.๕	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤ ๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐	๑๐๑-๑๘๐	๑๘๑-๑๙๙	≥ ๒๐๐	ให้ยากกระตุ้น ความดัน โลหิต
ชีพจร	≤ ๔๐		๔๑-๕๐	๕๑-๑๐๐	๑๐๑-๑๒๐	๑๒๑-๑๓๙	≥ ๑๔๐
หายใจ	≤ ๘	ใส่เครื่องช่วย หายใจ		๙-๒๐	๒๑-๒๕	๒๖-๓๕	≥ ๓๕
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นดี พูดคุยรู้ เรื่อง	ซึมแต่เรียก แล้วลืม	ซึมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สึกรู้ตัว แม้จะกระตุ้น แล้วก็ตาม
ปัสสาวะ/วัน		≤ ๕๐๐	๕๐๑-๙๙๙	≥ ๑,๐๐๐			
ปัสสาวะ/ ๘ ชม.		≤ ๑๖๐	๑๖๑-๓๑๙	≥ ๓๒๐			
ปัสสาวะ/ ๔ ชม.		≤ ๘๐	๘๑-๑๕๙	≥ ๑๖๐			
ปัสสาวะ/ ๑ ชม.		≤ ๒๐	๒๑-๓๙	≥ ๔๐			

นียมการเก็บข้อมูล

๑. อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$$

หมายเหตุ ในกรณีที่เดิมผู้ป่วยได้รับ Antibiotic อยู่โดยไม่ได้เจาะ H/C ต่อมาผู้ป่วยเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง แล้วมีการเจาะ H/C ร่วมกับปรับ Antibiotic ให้ถือว่า มีการเจาะ H/C ก่อนให้ Antibiotic

๒. อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง หมายถึง การได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง หลังการวินิจฉัย โดยนับจากเวลาวินิจฉัยจนถึงเวลาที่บริหารยา (Diagnosis to needle time)

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$$

๓. อัตราการได้รับ IV ๓๐ mL/kg ใน ๑ ชั่วโมงแรก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร (สำหรับผู้ใหญ่) ภายใน ๑ ชั่วโมงแรกหลังวินิจฉัย

$$\text{สูตรคำนวณ} = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงที่ได้รับ IV fluid จำนวน ๑.๕ ลิตร ภายใน ๑ ชั่วโมง} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงทั้งหมด}}$$

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๓ : อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑ และ Level ๒) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ER และ Admit)

น้ำหนัก : ๑

คำนิยาม

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)

หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในท้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ การพัฒนา “ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง “ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)” ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

การพัฒนา ECS ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ

“ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน” หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับการคัดแยกเป็น Triage Level ๑ และ ๒ (ตามเกณฑ์การคัดแยก ESI (Emergency severity index))

“การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง” หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๑๒	-	-

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ

ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ท่วงถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ F๒ ขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : HDC

๑. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน
๒. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION
๓. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT

แหล่งข้อมูล : มาตรฐาน ๔๓ แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูล :

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑ และ Level ๒) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Level ๑ และ Level ๒) ทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ F๒ น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มี National Triage - จัดทำคู่มือ ER <p>คุณภาพ และความปลอดภัย (ER Safety Goals)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงเกณฑ์ประเมินคุณภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS) - จัดทำมาตรฐานข้อมูลห้องฉุกเฉิน - สื่อสารนโยบายและการดำเนินงานพัฒนาห้องฉุกเฉิน 	<p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวน รพ. F๒ ขึ้นไป ส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ ๔๐ <p>๒. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ ๔๐ <p>๓. ER คุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M๑, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๔๐ 	<p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวน รพ. F๒ ขึ้นไป ส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ ๖๐ <p>๒. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ ๖๐ - จำนวนของโรงพยาบาลตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปผ่านเกณฑ์ ECS คุณภาพ ร้อยละ ๗๐ <p>๓. ER คุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M๑, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๖๐ 	<p>๑. ระบบข้อมูล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวน รพ. F๒ ขึ้นไป ส่งข้อมูลเพิ่ม Accident ร้อยละ ๘๐ <p>๒. การจัดการสาธารณสุขในสถานพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ตั้งแต่ F๒ ขึ้นไปที่ประเมิน Hospital Safety Index ร้อยละ ๘๐ <p>๓. ER คุณภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวนโรงพยาบาล ระดับ M๑, S, A มี TEA unit ที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๘๐

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Level ๑ และ Level ๒) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๑	อัตรา	๓๒	๒๗	๒๒	๑๗	๑๒

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	เอกสารแสดงผลตัวชี้วัด - ข้อมูล Triage ผู้ป่วย - คู่มือ ER คุณภาพ - ผลการประเมิน ECS - รายงานการรักษาผู้ป่วยวิกฤต Level ๑, ๒ - ข้อมูลการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Level ๑, ๒	✓		

โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ M๑, S, A ขึ้นไป เพื่อทำหน้าที่

- ๑.๑ จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก
- ๑.๒ รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน ๒๔ ชั่วโมง
- ๑.๓ วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน
- ๑.๔ Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ
- ๑.๕ วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ
- ๑.๖ นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
- ๑.๗ ติดตามและประเมินผลทุก ๑-๓ เดือน

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ : ร้อยละของผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์หยุดเสพต่อเนื่องและคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ ๑ ปี

ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๑ : ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)

ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๒ : ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate)

น้ำหนัก : ๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา

โทร. ๐๙๔ ๖๒๕ ๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาภรณ์ ภูมิ

โทร. ๐๘๘ ๓๑๓ ๘๑๑๙

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)	ร้อยละ	๓	๑๖	๑๘	๒๐	๒๒	๒๔
ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate)	ร้อยละ	๒	๓๒	๓๔	๓๖	๓๘	๔๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๑ : ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)

เป้าหมาย : ร้อยละ ๒๐

น้ำหนัก : ๓

คำอธิบาย :

ผู้ติดยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ.V๒ จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด คะแนน ๒๗ ขึ้นไป (แบบประเมิน V๒ ตามที่แนบมาด้วย)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจบำบัด บังคับบำบัด และต้องโทษบำบัด

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A : จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการ

B : จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ จากหน่วยบริการ

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)	ร้อยละ	๓	๑๖	๑๘	๒๐	๒๒	๒๔

เหตุผล : เพื่อให้การดำเนินการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)	ร้อยละ	๓๒	๓๘	๓๖

*****หมายเหตุ : วิธีคำนวณ นำมาประเมินเฉพาะผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบและติดตามได้

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ
		อำเภอ
มีการลงบันทึกข้อมูลระบบบำบัดจำหน่ายและติดตาม ครบตามจำนวนผู้รับการบำบัดและบำบัดครบตาม เกณฑ์ ตามรายงาน บสต. บันทึกการติดตามอย่างน้อย ๑ ครั้งในรอบ ๓ เดือนแรก และบันทึกในรอบ ๖ เดือน ๑๒ เดือน ครบ อย่างน้อย ๔ ครั้งใน ๑ ปี	ดูการบันทึกข้อมูลผลการบำบัด จำหน่าย และติดตามในรายงาน บสต.	✓

ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๒ : ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยา ต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate)

เป้าหมาย : ร้อยละ ๔๐

น้ำหนัก : ๒

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔ ๖๒๕ ๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาภรณ์ ภูมิ โทร. ๐๘๘ ๓๑๓ ๘๑๑๙

คำอธิบาย :

ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. V๒ ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ใช้ (User) คะแนน ๒-๓ และผู้เสพยา (Abuse) คะแนน ๔-๖

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาครบตามเกณฑ์กำหนด ได้รับการติดตาม (พบตัว) และหยุดเสพยาต่อเนื่อง ๓ เดือนแรกหลังบำบัดครบเกณฑ์ ในระบบสมัครใจบำบัด บังคับบำบัด และต้องโทษบำบัด

สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A : จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดครบตามเกณฑ์และหยุดเสพยาต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๓ เดือน หลังจากบำบัดครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว

B : จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ จากหน่วยบริการ

เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๒ ต่อ ๑ คะแนนโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพยาต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate)	ร้อยละ	๒	๓๒	๓๔	๓๖	๓๘	๔๐

เหตุผล : เพื่อให้การดำเนินการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate)	ร้อยละ	๔๑.๕๐	๔๘.๖๑	๔๒.๘๙

***หมายเหตุ วิธีคำนวณ นำมาประเมินเฉพาะผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบและติดตามได้

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ
		อำเภอ
มีการลงบันทึกข้อมูลระบบบำบัดและจำหน่ายและติดตามครบตามจำนวนผู้รับการบำบัดและบำบัดครบตามเกณฑ์ ตามรายงาน บสต. บันทึกการติดตามอย่างน้อย ๑ ครั้งในรอบ ๓ เดือนแรก	ดูการบันทึกข้อมูลผลการบำบัด จำหน่ายและติดตาม ในรายงาน บสต.	✓

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่ใช้อยาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2

ชื่อ-สกุล..... อายุ ปี เลขประจำตัวประชาชน

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... ซอย/ถนน..... หมู่บ้าน/ชุมชน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

ภูมิลำเนาเดิม (จังหวัด) อาชีพ.....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) วันที่คัดกรอง..... สถานที่คัดกรอง.....

ยาบ้า ไอซ์ ยาอี กัญชา กระท่อม สารระเหย เฮโรอีน ฟีน อื่นๆ (ระบุ).....

ยาและสารเสพติดหลักที่ใช้และคัดกรองครั้งนี้ คือ..... ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	ไม่เคย	เพียง 1-2 ครั้ง	เดือนละ 1-3 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1-4 ครั้ง	เกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 5-7 วัน)
1. คุณใช้.....บ่อยเพียงใด	0	2	3	4	6
2. คุณมีความต้องการ หรือมีความรู้สึกอยากใช้.....จนทนไม่ได้บ่อยเพียงใด	0	3	4	5	6
3. การใช้.....ทำให้คุณเกิดปัญหาสุขภาพ ครอบครัวยุติธรรม หรือการเงินบ่อยเพียงใด	0	4	5	6	7
4. การใช้..... ทำให้คุณไม่สามารถรับผิดชอบหรือทำกิจกรรมที่คุณเคยทำตามปกติได้บ่อยเพียงใด	0	5	6	7	8

ในช่วงเวลาที่ผ่านมามี	ไม่เคย	เคยแต่ก่อน 3 เดือนที่ผ่านมา	เคยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา
5. ญาติ เพื่อน หรือคนที่รู้จักเคยกล่าวตักเตือน วิพากษ์วิจารณ์ จับผิด หรือแสดงท่าทีสงสัยว่าคุณเกี่ยวข้องกับ การใช้.....หรือไม่	0	3	6
6. คุณเคยลด หรือหยุดใช้.....แต่ไม่ประสบผลสำเร็จ หรือไม่	0	3	6
รวมคะแนน

ระดับคะแนน	ระดับผลกระทบจากการใช้	คัดกรองโรครวมหรือโรคอื่น ๆ ที่สำคัญ
2-3	ต่ำ*	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองโรคที่ต้องรับยาต่อเนื่อง เช่น ลมชัก เบาหวาน หัวใจ ความดัน การคัดกรองโรคติดต่อในระยะติดต่อ เช่น วัณโรค สุกใส ภูมิคุ้มกันบกพร่อง การคัดกรองการเจ็บป่วยทางจิตใจ
4-26	ปานกลาง**	<ul style="list-style-type: none"> -โรคมึนเมา (2Q, 9Q) -ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย (8Q) -โรคจิต (แบบคัดกรองโรคจิต)
27 ⁺	สูง***	<ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองความเสี่ยงการเกิดภาวะถอนพิษยารุนแรง -ใช้อยาเสพติดประเภทเฮโรอีนในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา -ใช้ยานอนหลับเป็นประจำในช่วงสามเดือนที่ผ่านมา
คุณเคยใช้สารเสพติดชนิดฉีดหรือไม่ <input type="checkbox"/> ไม่เคย <input type="checkbox"/> เคย		ข้อเสนอแนะ
ถ้าเคย, ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา คุณใช้บ่อยเพียงใด <input type="checkbox"/> 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือน้อยกว่า 3 วันติดต่อกัน <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 3 วันติดต่อกัน		<ul style="list-style-type: none"> ให้การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention) ให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา 10 ชุดบริการ ประเมินเพิ่มเติม วางแผนและให้การบำบัดรักษาแบบเข้มข้นรายบุคคล

หมายเหตุ * อนุমানว่าเป็นผู้ใช้ ** อนุমানว่าเป็นผู้เสพ *** อนุমানว่าเป็นผู้ติด
 ลงชื่อ.....ผู้สัมภาษณ์
 (.....)

แบบคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เข้ายาและสารเสพติดเพื่อรับการบำบัดรักษา กระทรวงสาธารณสุข (บคก.กสร.) V.2

สิ่งที่ควรคำนึงถึงก่อนการทำการคัดกรอง

เพื่อให้ผู้ใช้ยาและสารเสพติดเกิดความไว้วางใจและได้คำตอบที่เป็นจริง ผู้ทำการคัดกรองควรปฏิบัติดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพกับผู้ถูกสัมภาษณ์ก่อน โดยการชวนพูดคุยเรื่องทั่ว ๆ ไป สั้นๆ แสดงท่าทีที่จริงจัง เป็นมิตร
- มีทัศนคติเชิงบวกกับผู้ใช้ยาและสารเสพติด ไม่ตัดสินถูกผิดในคำตอบที่ไม่เห็นด้วย
- แสดงท่าทีให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟังในสิ่งที่เขาพูด
- ไวต่ออารมณ์ ความรู้สึกของผู้ถูกสัมภาษณ์และแสดงความเห็นอก เห็นใจ
- แจ้งให้ผู้ถูกสัมภาษณ์ทราบว่าข้อมูลที่ให้นี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ถูกสัมภาษณ์ และจะเก็บรักษาเป็นความลับ

แนวทางการช่วยเหลือในกลุ่มต่าง ๆ

กลุ่มผู้ป่วย	แนวทางการช่วยเหลือ
ผู้ใช้	<ul style="list-style-type: none"> ● การให้ความรู้และส่งเสริมสุขภาพ (Health Education & Promotion) ● การให้คำแนะนำแบบสั้น (Brief Advice : BA) และหรือ การบำบัดแบบสั้น (Brief Intervention : BI) จำนวน 1 - 2 ครั้ง เป็นเวลา 2 สัปดาห์ ● การช่วยเหลือของครอบครัว โรงเรียน และชุมชน ● การบำบัดโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี) <p>หมายเหตุ : กลุ่มผู้ใช้ไม่ต้องบันทึกข้อมูลในระบบข้อมูล บสต.</p>
ผู้เสพ	<ul style="list-style-type: none"> ● ค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 9 วัน/วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์/มัสยิดเป็นศูนย์สงเคราะห์ (1 เดือน) ● การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (Motivational Interviewing :MI) (Motivational Enchantment Therapy :MET) 1 - 2 เดือน ● การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) 1-2 เดือน ● จิตสังคมบำบัด ได้แก่ Modified MATRIX, จิตสังคมบำบัดในโรงเรียน, จิตสังคมบำบัดในรพ.สต., คลินิกใกล้ใจ ในชุมชน (1-2 เดือน) ● ± การรักษาด้วยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)
ผู้ติด	<ul style="list-style-type: none"> ● การบำบัดแบบผู้ป่วยนอก จิตสังคมบำบัด เช่น Modified Matrix, MATRIX Program (4 เดือน), การบำบัดความคิดและพฤติกรรม (CBT) 2-4 เดือน, การบำบัดแบบเสริมสร้างแรงจูงใจ (MET) 2-4 เดือน, ครอบครัวบำบัด 2-4 เดือน, จิตบำบัดแนวซาเทียร์ (Satir Model) 2-4 เดือน ● การบำบัดแบบผู้ป่วยใน ได้แก่ การบำบัดฟื้นฟูรูปแบบชุมชนบำบัด (Therapeutic Community : TC), การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพแบบเข้มข้นทางสายใหม่ (FAST Model) 4 เดือน -1 ปี ● ± การรักษาด้วยยา (Medication) ● การรักษาโรคร่วมทางจิตเวช (ถ้ามี)

แนวปฏิบัติการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับผู้ใช้หรือเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (10 ชุดบริการ)

- | | |
|---|---|
| -การให้ความรู้และการฝึกทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและยาเสพติด | -การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ |
| -การบำบัดรักษายาเสพติดโดยใช้สารทดแทนระยะยาว (MMT) | -การป้องกัน วินิจฉัยและรักษาวัณโรค |
| -การให้บริการรักษาทางจิตเวชและการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาเสพติด | -การแจกถุงยางอนามัย |
| -การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ | -การสนับสนุนให้ใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดที่สะอาด |
| -การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ และการป้องกันการเสพติดซ้ำ | -กิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน |

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการเงินการคลัง

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๑ : ร้อยละคะแนนผลสำเร็จในการดำเนินงานการเงินการคลัง

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๒ : ร้อยละของคุณภาพระบบบัญชีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามแบบประเมิน

ระบบบัญชีทั้งหมด

น้ำหนัก : ๔

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางโคกิตา จิตรวิกรานต์ โทร. ๐๘๔-๕๑๗๔๓๕๘

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางธัญนิษา โตหนองหว่า โทร. ๐๘๑-๒๖๑๔๗๑๔

นางประคอง โสมาบุตร โทร. ๐๔๓ - ๗๗๗๙๗๑ ต่อ ๒๐๔

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๒.๑ ร้อยละคะแนนผลสำเร็จในการดำเนินงานการเงินการคลัง	๓	ร้อยละคะแนน	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๑๒.๒ ร้อยละของคุณภาพระบบบัญชีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามแบบประเมินระบบบัญชีทั้งหมด	๑	ร้อยละ	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๑ : ร้อยละคะแนนผลสำเร็จในการดำเนินงานการเงินการคลัง

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

น้ำหนัก : ๓

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางโศภิตา จิตรวิกรานต์ โทร. ๐๘๔-๕๑๗๔๓๕๘

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางธัญนิษา โตหนองหว่า โทร. ๐๘๑-๒๖๑๔๗๑๔

คำอธิบาย :

หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีปัญหาทางการเงินโดยมีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ทำให้ขาดสภาพคล่องหรือมีสถานะการเงินอยู่ในระดับวิกฤติ กำหนดเป็นเกณฑ์วัดเป็น ๗ ระดับ ประกอบด้วยดัชนีทางการเงิน ๓ กลุ่ม ได้แก่

๑) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และ อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio)

๒) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย เงินทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital : NWC) และ รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income or EBITDA)

๓) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยเวลาน้อยกว่า ๓ เดือน หรือ จะหมดภายในระยเวลาน้อยกว่า ๖ เดือน ระดับคะแนนที่แสดงถึงการขาดสภาพคล่องหรือวิกฤติสูงสุดคือระดับ ๗ โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดดังนี้

๑) Current Ratio < ๑.๕ = ๑ คะแนน

๒) Quick Ratio < ๑.๐ = ๑ คะแนน

๓) Cash Ratio < ๐.๘ = ๑ คะแนน

๔) เงินทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = ๑ คะแนน

๕) ผลประกอบการขาดทุน = ๑ คะแนน

๖) ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < ๓ เดือน = ๒ คะแนน

๗) ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < ๖ เดือน = ๑ คะแนน

หน่วยบริการที่มีค่าดัชนีน้อยกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการเข้าสู่สถานะความเสี่ยงทางการเงินและต้องเฝ้าระวัง ซึ่งจะมีการประเมินทุกไตรมาส

นอกจากนี้ในการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังหน่วยบริการยังต้องให้ความสำคัญในการวางแผนการใช้เงิน (Planfin) การควบคุมกำกับดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน การควบคุมค่าใช้จ่าย/ต้นทุนให้เป็นไปตามค่ากลางของกลุ่มโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน การบริหารจัดการภายใน คั้นหามาตรการเพิ่มรายได้ และเรียกเก็บชดเชยให้ครบถ้วน ทันเวลา ตลอดจนจัดระบบบริการผู้ป่วยในให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากที่สุด อันจะนำไปสู่สถานะด้านการเงินการคลังที่ดี ซึ่งการประเมินผลในตัวชี้วัดนี้ปรับมาจาก การประเมินของเขตสุขภาพที่ ๗ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับนโยบาย รวมทั้งได้นำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาของหน่วยบริการในจังหวัดมหาสารคามมาเป็นเกณฑ์ในการกำกับการทำงานด้วย

หลักเกณฑ์การประเมิน : กรอบในการประเมินมี ๔ ด้าน ได้แก่

๑. นโยบายของผู้บริหาร/แผนพัฒนา/นวัตกรรม (๒๐ คะแนน)
๒. การจัดเก็บรายได้ (๒๐ คะแนน)
๓. ผลการดำเนินงาน (๔๐ คะแนน)
๔. ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน (๒๐ คะแนน)

การประเมินจะใช้ข้อมูลไตรมาส ๔/๖๑ - ไตรมาส ๓/๖๒ ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์จากพื้นที่ และจากเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจและประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

คะแนนที่ได้ : คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนผลสำเร็จในการดำเนินการทางการเงินการคลัง	๓	ร้อยละคะแนน	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ	ระดับ	๔.๓๖	๔.๘๐	๔.๓๒

หมายเหตุ : ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในแต่ละปีมีความแตกต่างกัน ความหมายของผลการประเมินในแต่ละปีจึงมีความแตกต่างกัน

แนวทางการประเมินผล :

ส่วนที่ ๑ นโยบายของผู้บริหาร/แผนพัฒนา/นวัตกรรม (๒๐ คะแนน)

กรอบการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน	แหล่งข้อมูล	คะแนน
๑. นโยบายของ ผู้บริหาร/ แผนพัฒนา/ นวัตกรรม	หน่วยบริการมีนโยบาย/แผนพัฒนา/ นวัตกรรมที่ชัดเจน เช่น แผนพัฒนา เพื่อเพิ่มรายได้ ลดรายจ่าย สร้าง นวัตกรรมใหม่ มีการกำกับ ติดตามและ รายงานต่อคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.๒๕๕๒ นวัตกรรม, นวัตกรรม หรือนวัตกรรม หมายถึง วิธีการปฏิบัติ ใหม่ๆ ที่แปลกไปจากเดิม โดยอาจจะ ได้มาจากการคิดค้นพบวิธีการใหม่ๆ ขึ้นมา หรือการปรุงแต่งของเก่าให้ ใหม่ และเหมาะสม และสิ่งทั้งหลาย เหล่านี้ได้รับการทดลองพัฒนาจนเป็น ที่เชื่อถือได้แล้วว่าได้ผลดีในทาง ปฏิบัติ ทำให้ระบบก้าวไปสู่จุดหมาย ปลายทางได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น เช่น เป็นนวัตกรรมทางการศึกษาหรือ ให้ยึดหลัก ๓ ประการ คือ - สิ่งนั้นควรเป็นสิ่งที่ค้นพบ หรือ ประดิษฐ์ขึ้นมาใหม่ หรือการปรับปรุง แต่งของเก่าให้ใหม่เหมาะสมกับกาลสมัย มาใช้ในวงการศึกษ เพื่อให้ระบบ การศึกษาก้าวหน้าไปอย่างมี ประสิทธิภาพ - ได้ผ่านการทดลอง การปรับปรุง พัฒนา จนเป็นที่ยอมรับกับอย่าง แพร่หลาย - ได้มีการนำมาปฏิบัติจริงใน วงการณ์นั้น)	๑. แผนการดำเนินงานที่ ระบุกิจกรรม เป้าหมายที่ ชัดเจนทั้งด้านเพิ่มรายได้/ ลดรายจ่าย เป็นราย กิจกรรม (๖ คะแนน) ๒. รายงานการประชุม คณะกรรมการ CFO อย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้ง (ไตรมาสละ ๘ คะแนน) (เนื้อหาต้อง ประกอบด้วยสถานการณ์ การเงิน/ประเด็นที่เป็น ปัญหา/แนวทางการ แก้ไข/รายงานผลการ แก้ปัญหาที่มีการติดตาม ในไตรมาสถัดๆไป เป็น ระยะ ๓. มีการใช้นวัตกรรมใน การดำเนินงาน (มีการ ระบุกิจกรรม/เป้าหมาย/ รายงานผลงานที่ชัดเจน) (๖ คะแนน) เช่น โปรแกรม RCM เป็นต้น ข้อมูลตั้งแต่ไตรมาส ๔/๖๑ - ไตรมาส ๓/๖๒)	คะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ข้อ ๑ ให้คะแนนตาม ประเด็นย่อยที่ระบุไว้ด้าน ละ (รายได้/จ่าย) ๓ คะแนน รวม ๖ คะแนน (ไตรมาส ๔ /๖๑, ๒-๓/๖๒ ให้คะแนนเต็มทุกรพ./ ไตรมาส ๑/๖๒ คะแนน ตามผลงานจริง) ข้อ ๒ ให้คะแนนตาม เนื้อหา ๔ ประเด็นๆละ ๒ คะแนน (รวม ๘ คะแนน/ ถ้าไม่มีรายงานการประชุม = ๐ คะแนน (ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒) ข้อ ๓ ให้คะแนนตามที่ระบุ ประเด็นๆละ ๒ คะแนน/มี ประเด็นแต่ไม่สมบูรณ์ ครบถ้วน ๑ คะแนน/ไม่มี กิจกรรม ๐ คะแนน

ส่วนที่ ๒ การจัดเก็บรายได้ ๒๐ คะแนน

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
<p>๑. หน่วยงานมีศูนย์จัดเก็บรายได้/คำสั่ง/มีผัง (Flow chat)/แนวทางในการบริหารจัดการลูกหนี้ (คำรักษา) ที่ชัดเจน (๒๐ คะแนน)</p> <p>- มีทั้งศูนย์จัดเก็บรายได้และแนวทางในการจัดเก็บรายได้ชัดเจน</p> <p>- ตรวจสอบผังหรือแผนภูมิที่ชัดเจน เป็นลายลักษณ์อักษรครบทุกสิทธิ (ขรก.กรมบัญชีกลาง, บัตรทอง, ประกันสังคม, พรบ., ต่างด้าว, อปท.)</p>	<p>๑. หน่วยงานมีศูนย์จัดเก็บรายได้ (๒ คะแนน)/คำสั่ง (๒ คะแนน)/แนวทางการจัดเก็บรายได้ชัดเจน (๒ คะแนน)</p> <p>รวม ๖ คะแนน</p> <p>- มีครบถ้วน ข้อละ ๒ คะแนน</p> <p>- มีไม่ครบถ้วน ๑ คะแนน</p> <p>- ไม่มี ๐ คะแนน</p> <p>๒. ผัง/แผนแผนภูมิที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรครบทุกสิทธิ (ขรก.กรมบัญชีกลาง, บัตรทอง, ประกันสังคม, พรบ., ต่างด้าว, อปท.) ๗ สิทธิละ ๒ คะแนน/ไม่มีแต่ละสิทธิ = ๐ คะแนน รวม ๑๔ คะแนน</p> <p>ตั้งแต่ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒</p>	✓		

ส่วนที่ ๓ ผลผลิตจากการดำเนินงาน ๔๐ คะแนน

กรอบการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน	แหล่งข้อมูล	คะแนน
๓. ผลผลิตจากการดำเนินงาน	<p>๓.๑ การบริหารและควบคุมแผนการเงิน (Planfin)</p> <p>๓.๑.๑ ผลต่างหมวดรายได้รวม ± ไม่เกิน ร้อยละ ๕</p> <p>๓.๑.๒ ผลต่างค่าใช้จ่ายรวม ± ไม่เกิน ร้อยละ ๕</p>	<p>https://dhes.moph.go.th/pcs/ ณ ไตรมาส ๔/๖๑ - ๓/๖๒</p>	<p>คะแนนเต็ม ๒ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๒ ข้อ = ๒ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๑ ข้อ = ๑ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๐ ข้อ = ๐ คะแนน</p>
	<p>๓.๒ ผลต่างรายได้และค่าใช้จ่าย (EBIDA) เป็นบวก</p>	<p>https://hfo๖๒.cfo.in.th ณ ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒</p>	<p>คะแนนเต็ม ๑ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ = ๑ คะแนน</p> <p>ไม่ผ่านเกณฑ์ = ๐ คะแนน</p>
	<p>๓.๓ กำไรสุทธิ (มีค่าเสื่อมฯ) (NI+Depreciation) เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบข้อมูล</p>	<p>https://hfo๖๒.cfo.in.th</p> <p>ไตรมาส ๔/๖๑ กับ</p> <p>ไตรมาส ๔/๖๐</p> <p>ไตรมาส ๑/๖๒ กับ</p> <p>ไตรมาส ๑/๖๑</p> <p>ไตรมาส ๒/๖๒ กับ</p> <p>ไตรมาส ๒/๖๑</p>	<p>คะแนนเต็ม ๕ คะแนน</p> <p>- เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป = ๕ คะแนน</p> <p>- เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ ให้คะแนนตามสัดส่วนการเพิ่มจริง</p> <p>- ไม่เพิ่มเลย = ๐ คะแนน</p>

กรอบการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน	แหล่งข้อมูล	คะแนน
	<p>๓.๔ ทุนสำรองสุทธิ (NWC) เพิ่มขึ้น</p>	<p>https://hfo๖๒.cfo.in.th เมื่อเปรียบเทียบข้อมูล ไตรมาส ๔/๖๑ กับ ไตรมาส ๔/๖๐ ไตรมาส ๑/๖๒ กับ ไตรมาส ๑/๖๑ ไตรมาส ๒/๖๒ กับ ไตรมาส ๒/๖๑</p>	<p>คะแนนเต็ม ๕ คะแนน - เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป = ๕ คะแนน - เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ ให้คะแนนตามสัดส่วนการเพิ่มจริง - ไม่เพิ่มเลย = ๐ คะแนน</p>
	<p>๓.๕ เปรียบเทียบข้อมูลต้นทุนกับกลุ่มโรงพยาบาลขนาดเดียวกัน (ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล)</p> <p>๓.๕.๑ P๑๔ ต้นทุนยา</p> <p>๓.๕.๒ P๑๕ ต้นทุนเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์</p> <p>๓.๕.๓ P๑๕๑ ต้นทุนวัสดุทันตกรรม</p> <p>๓.๕.๔ P๑๖ ต้นทุนวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>๓.๕.๕ P๒๓ วัสดุใช้ไป</p>	<p>https://dhес.moph.go.th/hgr/ เปรียบเทียบข้อมูล ไตรมาส ๔/๖๑ กับ ไตรมาส ๔/๖๐ ไตรมาส ๑/๖๒ กับ ไตรมาส ๑/๖๑ ไตรมาส ๒/๖๒ กับ ไตรมาส ๒/๖๑</p>	<p>คะแนนเต็ม ๕ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๕ ข้อ = ๕ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๔ ข้อ = ๔ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๓ ข้อ = ๓ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๒ ข้อ = ๒ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๑ ข้อ = ๑ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๐ ข้อ = ๐ คะแนน</p>
	<p>๓.๖ การบริหารต้นทุนบริการแบบ Quick Method OP และ IP (ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล)</p>	<p>https://hfo๖๒.cfo.in.th ณ ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒</p>	<p>คะแนนเต็ม ๒ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๒ ข้อ = ๒ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๑ ข้อ = ๑ คะแนน ผ่านเกณฑ์ ๐ ข้อ = ๐ คะแนน</p>
	<p>๓.๗ สัดส่วนของต้นทุนบริการต่อรายได้ค่ารักษาพยาบาล (ไม่เกินค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล)</p>	<p>https://hfo๖๒.cfo.in.th ณ ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒</p>	<p>คะแนนเต็ม ๑ คะแนน ผ่านเกณฑ์ = ๑ คะแนน ไม่ผ่านเกณฑ์ = ๐ คะแนน</p>

กรอบการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน	แหล่งข้อมูล	คะแนน
	<p>๓.๘ รายได้เพิ่มขึ้น ดังนี้</p> <p>๓.๘.๑ Po๕ รายได้จาก EMS</p> <p>๓.๘.๒ Po๖ รายได้ค่ารักษา เบิกต้นสังกัด (ผ่านเกณฑ์ทุก รพ.)</p> <p>๓.๘.๓ Po๗ รายได้ค่ารักษา เบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง</p> <p>๓.๘.๔ Po๘ รายได้ ประกันสังคม</p> <p>๓.๘.๕ รายได้รวม</p>	<p>https://dhes.moph.go.th/hgr/เมื่อเปรียบเทียบ ข้อมูล</p> <p>ไตรมาส ๔/๖๑ กับ</p> <p>ไตรมาส ๔/๖๐</p> <p>ไตรมาส ๑/๖๒ กับ</p> <p>ไตรมาส ๑/๖๑</p> <p>ไตรมาส ๒/๖๒ กับ</p> <p>ไตรมาส ๒/๖๑</p>	<p>คะแนนเต็ม ๕ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๕ ข้อ = ๕ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๔ ข้อ = ๔ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๓ ข้อ = ๓ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๒ ข้อ = ๒ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๑ ข้อ = ๑ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๐ ข้อ = ๐ คะแนน</p>
	<p>๓.๙ สถานะการเงิน ประเมิน สถานะการเงินของหน่วยบริการ ตามเกณฑ์กลางของกระทรวง</p>	<p>https://hfo๖๒.cfo.in.th</p> <p>ณ ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒</p>	<p>คะแนนเต็ม ๒ คะแนน</p> <p>ระดับ ๐ = ๒ คะแนน</p> <p>ระดับ ๑ - ๓ = ๑ คะแนน</p> <p>ระดับ ๔ - ๗ = ๐ คะแนน</p>
	<p>๓.๑๐ Productivity ที่ยอมรับ ได้</p> <p>๓.๑๐.๑ อัตราครองเตียง (อัตราตามเตียงจริง \geq ๘๐%)</p> <p>๓.๑๐.๒ CMI (ไม่น้อยกว่า ค่ากลางกลุ่มโรงพยาบาล)</p> <p>รพศ. A = ๑.๖</p> <p>รพท. S = ๑.๒</p> <p>รพท. M๑ = ๑.๐</p> <p>รพช. M๒ = ๐.๘</p> <p>รพช. F๑-F๓ = ๐.๖</p>	<p>https://hdcservice.moph.go.th/hdc</p> <p>ณ ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒</p> <p>รพ.กุดรังและรพ.ชื่นชม</p> <p>ไม่ประเมิน</p>	<p>คะแนนเต็ม ๒ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๒ ข้อ = ๒ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๑ ข้อ = ๑ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๐ ข้อ = ๐ คะแนน</p>
	<p>๓.๑๑ ความเหมาะสมของอัตราการ Admit น้อยกว่า ๑ วัน (ยกเว้น Refer และ Dead)</p>	<p>สปสช.</p> <p>รพ.กุดรังและรพ.ชื่นชม</p> <p>ไม่ประเมิน</p> <p>ณ ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒</p>	<p>คะแนนเต็ม ๕ คะแนน</p> <p>- ไม่เกินร้อยละ ๕ = ๕ คะแนน</p> <p>- มากกว่า ร้อยละ ๕ ให้คะแนน ตามสัดส่วนจริง</p>
	<p>๓.๑๒ การบริหารจัดการภายใน</p> <p>๓.๑๒.๑ ประสิทธิภาพการ ทำกำไรจากการดำเนินงาน (Operating Margin)</p>	<p>https://hfo๖๒.cfo.in.th</p> <p>ณ ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒</p>	<p>คะแนนเต็ม ๕ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๗ ข้อ = ๕ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๖ ข้อ = ๔ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๕ ข้อ = ๓ คะแนน</p>

กรอบการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน	แหล่งข้อมูล	คะแนน
	<p>(≥ ค่ากลาง)</p> <p>๓.๑๒.๒ อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset) (≥ ค่ากลาง)</p> <p>๓.๑๒.๓ ประสิทธิภาพการชำระหนี้ (ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการชำระหนี้) Average Payment Period</p> <p>ถ้า Cash Ratio น้อยกว่า ๐.๘ และ Average payment Period < ๑๘๐ วัน หรือ ถ้า Cash Ratio มากกว่าหรือเท่ากับ ๐.๘ และ Average payment Period < ๙๐</p> <p>๓.๑๒.๔ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ UC (Average Collection Period) ≤ ๖๐ วัน</p> <p>๓.๑๒.๕ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ CSMB (Average Collection Period) ≤ ๖๐ วัน</p> <p>๓.๑๒.๖ ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้ SSS (Average Collection Period) ≤ ๖๐ วัน</p> <p>๓.๑๒.๗ การบริหารสินค้าคงคลัง (Inventory Management) ≤ ๖๐ วัน</p>		<p>ผ่านเกณฑ์ ๔ ข้อ = ๒ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๓ ข้อ = ๑ คะแนน</p> <p>ผ่านเกณฑ์ ๐-๒ ข้อ = ๐ คะแนน</p>

ส่วนที่ ๔ ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ๒๐ คะแนน

กรอบการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน	แหล่งข้อมูล	คะแนน
๔. ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน	๔.๑ ผลคะแนนรวมในส่วนที่ ๓ มีการพัฒนาดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง	สรุปผลข้อมูลด้านที่ ๒ โดยเปรียบเทียบระหว่าง ไตรมาส ๔/๖๑ กับ ไตรมาส ๔/๖๐ ไตรมาส ๑/๖๒ กับ ไตรมาส ๑/๖๑ ไตรมาส ๒/๖๒ กับ ไตรมาส ๒/๖๑ ไตรมาส ๑/๖๒ กับ ไตรมาส ๔/๖๑ ไตรมาส ๒/๖๒ กับ ไตรมาส ๑/๖๑	คะแนนเต็ม ๑๕ คะแนน - เพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป = ๑๕ คะแนน - เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐ ให้คะแนนตามสัดส่วนการเพิ่มจริง - ไม่เพิ่มเลย = ๐ คะแนน
	๔.๒ อัตราความครอบคลุมการมีหลักประกันสุขภาพของพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๙.๙๒	ตรวจสอบจากโปรแกรมข้อมูลการบริการ hosxp หรือโปรแกรมอื่น ณ ไตรมาส ๔/๖๑-๓/๖๒	คะแนนเต็ม ๕ คะแนน - ความครอบคลุม ร้อยละ ๙๙.๙๒ ขึ้นไป ๕ คะแนน หากต่ำกว่าร้อยละ ๙๙.๙๒ จัดคะแนนตามสัดส่วนผลงานจริง

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๒ : ร้อยละของคุณภาพระบบบัญชีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามแบบประเมินระบบบัญชีทั้งหมด

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๕

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวิวัฒน์ ละอองทอง

นางวนิดา จันทเดช

โทร. ๐๔๓ - ๗๗๗๙๗๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางประคอง โสมมาบุตร

โทร. ๐๔๓ - ๗๗๗๙๗๑ ต่อ ๒๐๔

คำอธิบาย :

คุณภาพระบบบัญชีตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง การบันทึกบัญชีถูกต้อง ครบถ้วน ตามเอกสารหลักฐานประกอบการบันทึกบัญชี และสามารถตรวจสอบได้ตรงตามแบบประเมินระบบบัญชีทั้งหมด

หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยรับตรวจประเมินตัวชี้วัดระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาลจังหวัดมหาสารคาม และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $\frac{\text{จำนวนคะแนนรวมที่ตรวจได้}}{100}$

จำนวนคะแนนรวมตามแบบประเมินทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของคุณภาพระบบบัญชีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามแบบประเมินระบบบัญชีทั้งหมด	๑	ร้อยละ	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

เหตุผล : เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดจัดทำระบบบัญชีได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
รายการบันทึกบัญชีของหน่วยบริการครบถ้วน ถูกต้อง สมบูรณ์	คะแนนแบบตรวจทาน	๗๕	๘๐	๘๕

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	กลุ่มงาน
ตรวจสอบจากงบทดลอง	งบทดลองและทะเบียนคุมหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง		✓	

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

เป้าหมาย : ระดับ ๕

น้ำหนัก : ๔

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘ ๓๔๑๗ ๐๘๖๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘ ๑๖๗๐ ๗๔๖๒

นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
โทร. ๐๘ ๕๖๐๙ ๑๑๐๑

คำอธิบาย :

ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้ (๑) สำนัก/กองในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนกลาง จำนวน ๑๓ สำนัก/กอง (๒) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๗๖ แห่ง (๓) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๘๗๘ แห่ง

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี ๒๕๖๑- ๒๕๖๕ ดังนี้

๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี

๒. ดำเนินการภาคบังคับในปี ๒๕๖๑- ๒๕๖๓ ปีละ ๒ หมวด และปี ๒๕๖๔ -๒๕๖๕ ปีละ ๖ หมวด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ดำเนินการหมวด ๒ และหมวด ๔ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ และหมวด ๕

พ.ศ.	ภาคบังคับ
๒๕๖๑	หมวด ๑, หมวด ๕ (Maintain)
๒๕๖๒	หมวด ๒, หมวด ๔
๒๕๖๓	หมวด ๓, หมวด ๖
๒๕๖๔	หมวด ๑- ๖
๒๕๖๕	หมวด ๑- ๖

๓. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement : OFI) ๓ ลำดับแรก ที่ได้จากการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน

๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด ๗ โดยกำหนดตัวชี้วัดบังคับหมวดละ ๒ ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงาน และให้กำหนดตัวชี้วัดขึ้นมาเอง หมวดละ ๓ ตัวชี้วัด ให้สอดคล้องกับ OFI พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)

๕. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร

๖. รายงานผลการดำเนินงาน รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน มายังกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ภายในระยะเวลาที่กำหนด เพื่อรายงานไปยังกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขต่อไป

๗. ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลการดำเนินงาน โดยทีมตรวจประเมิน (Auditor) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/ เขตสุขภาพที่ ๗/ ผู้ตรวจประเมินภายนอก

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) เป็นกรอบการบริหารจัดการองค์การ ที่สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการประเมินองค์การด้วยตนเองที่ครอบคลุมภาพรวมในทุกมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการ ให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานราชการปรับปรุงองค์การอย่างรอบด้านและอย่างต่อเนื่องครอบคลุม ทั้ง ๗ ด้าน/หมวด คือ

๑. การนำองค์การ เป็นการประเมินการดำเนินการของผู้บริหารในเรื่องวิสัยทัศน์ เป้าประสงค์ ค่านิยม ความคาดหวังในผลการดำเนินการ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การกระจายอำนาจ การตัดสินใจ การสร้างนวัตกรรมและการเรียนรู้ในส่วนราชการ การกำกับดูแลตนเองที่ดี และดำเนินการเกี่ยวกับความรับผิดชอบต่อสังคมและชุมชน

๒. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ เป็นการประเมินวิธีการกำหนดและถ่ายทอดประเด็นยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ กลยุทธ์หลัก และแผนปฏิบัติการ เพื่อนำไปปฏิบัติและวัดผลความก้าวหน้าของการดำเนินการ

๓. การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เป็นการประเมินการกำหนดความต้องการ ความคาดหวัง และความนิยมชมชอบ การสร้างความสัมพันธ์ และการกำหนดปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความพึงพอใจ

๔. การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ เป็นการประเมินการเลือก รวบรวม วิเคราะห์ จัดการ และปรับปรุงข้อมูลและสารสนเทศ และการจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการปรับปรุงผลการดำเนินการขององค์การ

๕. การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล เป็นการประเมินระบบงาน ระบบการเรียนรู้ การสร้างความผาสุกและแรงจูงใจของบุคลากร เพื่อให้บุคลากรพัฒนาตนเองและใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่ตามที่คาดหวังขององค์การ

๖. การจัดการกระบวนการ เป็นการประเมินการจัดการกระบวนการให้บริการ และกระบวนการอื่นที่ช่วยสร้างคุณค่าแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และกระบวนการสนับสนุน เพื่อให้บรรลุพันธกิจขององค์การ

๗. ผลลัพธ์การดำเนินการ เป็นการประเมินผลการดำเนินการและแนวโน้มของส่วนราชการในมิติด้าน ประสิทธิภาพ มิติด้านคุณภาพการให้บริการ มิติด้านประสิทธิภาพ และมิติด้านการพัฒนาองค์กร

เกณฑ์เป้าหมาย :

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕
ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	จัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร ครบ ๑๓ คำถาม
๒	มีผลประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๒ และหมวด ๔ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ และหมวด ๕
๓	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด ๒ และหมวด ๔ ได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน)
๔	จัดทำตัวชี้วัดหมวด ๒ และหมวด ๔ ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ ๒ ตัวชี้วัด และกำหนดเองหมวดละ ๓ ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI) พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
๕	มีรายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร หมวด ๒ และหมวด ๔ และรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดหมวด ๒ และหมวด ๔ (จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด)

เหตุผล :

๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖

๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของ ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	ระดับ	-	ระดับ ๕	

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
มีเอกสารแสดงการดำเนินการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	การดำเนินการพัฒนาองค์กรตามตัวชี้วัด ดังนี้ - แบบฟอร์ม ๑ สรุปรายงาน - แบบฟอร์ม ๒ก. ลักษณะสำคัญขององค์การแบบย่อ ๑ หน้า (one page) - แบบฟอร์ม ๒ข. ลักษณะสำคัญขององค์การแบบเต็ม (ไม่เกิน ๑๐ หน้า) - แบบฟอร์ม ๓ก. การประเมินองค์กรตามแนวทางการตอบ ADLI และจุดแข็ง/จุดอ่อน - แบบฟอร์ม ๓ข. ประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนโอกาสในการปรับปรุง พร้อมคะแนน - แบบฟอร์ม ๓ค. การจัดลำดับโอกาส ในการปรับปรุง - แบบฟอร์ม ๔ การประเมินคะแนนคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐตามแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment) หมวด ๒ และ หมวด ๔ และการแสดงผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย - แบบฟอร์ม ๕ การจัดทำแผนพัฒนาองค์การ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ หมวด ๒ และ	√	-	-

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	หมวด ๔ (อย่างน้อยหมวดละ ๑ แผน) - การดำเนินการและผลการพัฒนาองค์กร และ การประเมินผลตัวชี้วัดในหมวด ๒ และหมวด ๔			

โดยเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

วิธีการประเมินผล	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																						
	๑	จัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร ครบ ๑๓ คำถาม <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๐.๒ คะแนน</th> <th>๐.๔ คะแนน</th> <th>๐.๖ คะแนน</th> <th>๐.๘ คะแนน</th> <th>๑ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๕ คำถาม</td> <td>๗ คำถาม</td> <td>๙ คำถาม</td> <td>๑๑ คำถาม</td> <td>๑๓ คำถาม</td> </tr> </tbody> </table> เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๒ คำถาม ต่อ ๐.๒ คะแนน (Interval)	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๒ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๖ คะแนน	๐.๘ คะแนน	๑ คะแนน	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม							
	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	๐.๒ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๖ คะแนน	๐.๘ คะแนน	๑ คะแนน																			
	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม																			
๒	มีผลประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๒ และหมวด ๔ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ และหมวด ๕ <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">หมวด</th> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๐.๑ คะแนน</th> <th>๐.๒ คะแนน</th> <th>๐.๓ คะแนน</th> <th>๐.๔ คะแนน</th> <th>๐.๕ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>หมวด ๒</td> <td>๕ คำถาม</td> <td>๗ คำถาม</td> <td>๙ คำถาม</td> <td>๑๑ คำถาม</td> <td>๑๓ คำถาม</td> </tr> <tr> <td>หมวด ๔</td> <td>๖ คำถาม</td> <td>๘ คำถาม</td> <td>๑๐ คำถาม</td> <td>๑๒ คำถาม</td> <td>๑๔ คำถาม</td> </tr> </tbody> </table> เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๒ คำถาม ต่อ ๐.๑ คะแนน (Interval)	หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน	หมวด ๒	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม	หมวด ๔	๖ คำถาม	๘ คำถาม	๑๐ คำถาม	๑๒ คำถาม	๑๔ คำถาม
หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน																			
หมวด ๒	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม																			
หมวด ๔	๖ คำถาม	๘ คำถาม	๑๐ คำถาม	๑๒ คำถาม	๑๔ คำถาม																			
๓	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด ๒ และหมวด ๔ ได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> <tr> <th>๐.๕ คะแนน</th> <th>๑ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๒</td> <td>มีแผน ๑ หมวด</td> <td>มีแผน ๒ หมวด</td> </tr> </tbody> </table>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		๐.๕ คะแนน	๑ คะแนน	๒๕๖๒	มีแผน ๑ หมวด	มีแผน ๒ หมวด															
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	๐.๕ คะแนน	๑ คะแนน																						
๒๕๖๒	มีแผน ๑ หมวด	มีแผน ๒ หมวด																						
๔	จัดทำตัวชี้วัดหมวด ๒ และหมวด ๔ ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ ๒ ตัวชี้วัด และกำหนดเองหมวดละ ๓ ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI) พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)																							

วิธีการประเมินผล	ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน					
		หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน
		หมวด ๒	๑ ตัวชี้วัด	๒ ตัวชี้วัด	๓ ตัวชี้วัด	๔ ตัวชี้วัด	๕ ตัวชี้วัด
		หมวด ๔	๑ ตัวชี้วัด	๒ ตัวชี้วัด	๓ ตัวชี้วัด	๔ ตัวชี้วัด	๕ ตัวชี้วัด
		เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ ตัวชี้วัด ต่อ ๐.๑ คะแนน (Interval)					
	๕	มีรายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร หมวด ๒ และหมวด ๔ และรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดหมวด ๒ และหมวด ๔ (จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด)					
		ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๐.๕ คะแนน		๑ คะแนน		
		รอบ ๓ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๑ ธ.ค. ๖๑		ส่งภายในวันที่ ๒๑ ธ.ค. ๖๑		
		รอบ ๖ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๒ มี.ค. ๖๒		ส่งภายในวันที่ ๒๒ มี.ค. ๖๒		
		รอบ ๙ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๑ มิ.ย. ๖๒		ส่งภายในวันที่ ๒๑ มิ.ย. ๖๒		
		รอบ ๑๒ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๐ ก.ย. ๖๒		ส่งภายในวันที่ ๒๐ ก.ย. ๖๒		
		เกณฑ์การให้คะแนน					
		ผลคะแนนรอบ ๓ เดือน + รอบ ๖ เดือน + รอบ ๙ เดือน + รอบ ๑๒ เดือน					
		๔					

ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด
หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์	
๑	ระดับความสำเร็จของร้อยละเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักในการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ (PA) ของผู้บริหาร
๒	ระดับความสำเร็จของการถ่ายทอดตัวชี้วัดและเป้าหมายระดับ ส่วนราชการลงสู่ระดับบุคคล
๓	ตัวชี้วัดเลือก (ที่สอดคล้องกับ OFI)
๔	ตัวชี้วัดเลือก (ที่สอดคล้องกับ OFI)
๕	ตัวชี้วัดเลือก (ที่สอดคล้องกับ OFI)
หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้	
๖	จำนวนผลงานที่ได้รับรางวัลระดับจังหวัด/เขต/กระทรวง/ประเทศ
๗	จำนวนองค์ความรู้ ที่ได้จากการจัดการความรู้ที่ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงานจริง
๘	ตัวชี้วัดเลือก (ที่สอดคล้องกับ OFI)
๙	ตัวชี้วัดเลือก (ที่สอดคล้องกับ OFI)
๑๐	ตัวชี้วัดเลือก (ที่สอดคล้องกับ OFI)

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA
ชั้น ๓

เป้าหมาย : ระดับ ๕

น้ำหนัก : ๔

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรพรรณ คุสกุลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔

คำอธิบาย :

HA (Hospital Accreditation) หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง ๓ ชั้น ดังนี้

- HA ชั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง

- HA ชั้น ๒ หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป

- HA ชั้น ๓ หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้/ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน

สำหรับรพ. F๓ ใช้เกณฑ์ประเมินการขึ้นทะเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สูตรการคำนวณ : ให้คะแนนจากระดับความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์การพัฒนาระดับ ๑-๕

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

โดยที่ : สำหรับโรงพยาบาลระดับ S M๒ F๑ F๒

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	โรงพยาบาลมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA
๒	โรงพยาบาลมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง
๓	โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA
๔	โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาการเชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้ ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน
๕	โรงพยาบาลผ่านการรับรอง HA ^{ชั้น} ๓ และไม่หมดอายุการรับรอง

เงื่อนไข ระดับ ๕ ผ่านการรับรอง HA ^{ชั้น} ๓ และรวมอยู่ระหว่างการต่ออายุ ข้อมูลการรับรองจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

โดยที่ : สำหรับโรงพยาบาลระดับ F๓

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	โรงพยาบาลมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของ สปสช.
๒	โรงพยาบาลมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง
๓	โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของ สปสช.
๔	โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของ สปสช. พัฒนาการเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ ปฏิบัติตามมาตรฐานได้ครบถ้วน
๕	โรงพยาบาลผ่านการประเมินเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของ สปสช.โดยไม่มีเงื่อนไข

เหตุผล : ๑. ตอบสนองตัวชี้วัด PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ^{ชั้น} ๓

๒. เป็นตัวชี้วัดที่ใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาโรงพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน

๓. ประชาชนได้เข้าถึงหน่วยบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
โรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ชั้น ๓	แห่ง	๑๑	๑๑	๑๑

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
ระดับ ๕	ข้อมูลการรับรองจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	✓		
ระดับ ๑-๔	หลักฐานการ คำสั่ง แผนงาน โครงการ รายงานการประชุม รายงานสรุปกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพบริการของโรงพยาบาล	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

น้ำหนัก : ๖

คำอธิบาย :

ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อย จำนวน ๖ ตัวชี้วัด ได้แก่

๑๕.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๑๕.๒ ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน ในระดับดีมากขึ้นไป

๑๕.๓ ร้อยละคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล

๑๕.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี

๑๕.๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

๑๕.๖ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจจะขารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓-๓๒๗๔

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					
			๑	๒	๓	๔	๕	
๑๕.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน								
๑๕.๑.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕	ร้อยละ	๐.๖	๓.๐๕	๒.๘	๒.๕๕	๒.๓	๒.๐๕	
๑๕.๑.๒ อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ร้อยละ	๐.๔	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐	

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๕.๒ ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน ในระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละคะแนน	๑	<๖๐	๖๐	๗๐	๘๐	๘๕
๑๕.๓ ร้อยละคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	ร้อยละ	๑	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
๑๕.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี							
๑๕.๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้	ร้อยละ	๐.๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
๑๕.๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้	ร้อยละ	๐.๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
๑๕.๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	๑	๘๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐
๑๕.๖ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	ร้อยละ	๑	๔๖	๕๑	๕๖	๖๑	๖๖

ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๑ : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

เป้าหมาย : ๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕

๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจะชะวารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓-๓๒๗๔

คำอธิบาย :

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕

กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ

ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง (อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Pre-HT) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต ๑๒๐-๑๓๙/๘๐-๘๙ mmHg ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ

ผู้สงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์* และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม. หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน **หลังจากมารับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้วภายใน ๖ เดือน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

๑. ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

๒. ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา

สูตรการคำนวณ :

๑. $(A/B) \times ๑๐๐$

สูตรคำนวณตัวชี้วัด อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕

A = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา

๒. (C/D) x ๑๐๐

สูตรคำนวณตัวชี้วัด อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

C = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

D = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ ๒๕๖๒

เกณฑ์การให้คะแนน : ประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕	ร้อยละ	๐.๖	๓.๐๕	๒.๘	๒.๕๕	๒.๓	๒.๐๕
๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ร้อยละ	๐.๔	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐

ที่มา : ข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๑

เหตุผล : ๑. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

๒. เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕	ร้อยละ	๒.๘๑	๒.๘๘	๓.๐๖
๒. ความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ร้อยละ	-	-	๕๐.๖๗

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
ติดตามจากระบบรายงานใน HDC	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๒ : ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานในระดับดีมากขึ้นไป

เป้าหมาย : สถานบริการสาธารณสุขได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ ๗๐ คะแนน (เกณฑ์การให้คะแนนรวมคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน มาจากการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ๕๐ คะแนน และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ๕๐ คะแนน)

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจจะขารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓-๓๒๗๔

คำอธิบาย :

การดำเนินงาน NCD Clinic Plus เป็นแนวทางการประเมินตนเองของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อพัฒนาโดยใช้หลักการ Chronic Care Model ร่วมกับ PMQA โดยในปี ๒๕๖๒ ได้มีบูรณาการร่วมกับงานคลินิกชะลอไตเสื่อม เนื่องจากมีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน และลดความซ้ำซ้อนของการประเมินคุณภาพการดำเนินงาน ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน ๒ ส่วน ได้แก่

๑. การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพใน ๖ องค์ประกอบ ได้แก่
 - องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย
 - องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ
 - องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ
 - องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง
 - องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ
 - องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน
๒. การประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ ; ผลลัพธ์การให้บริการและผลลัพธ์การดูแลรักษา จำนวน ๑๑ ตัวชี้วัด ได้แก่
 - ๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐)
 - ๒.๒ ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐)
 - ๒.๓ ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐)
 - ๒.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วนลงพุง [รอบเอวมากกว่า (ส่วนสูง (ซม.)/๒)] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐)
 - ๒.๕ ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน (น้อยกว่าร้อยละ ๒)
 - ๒.๖ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕)
 - ๒.๗ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐)
 - ๒.๘ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐)
 - ๒.๙ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk \geq ๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < ๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐)

๒.๑๐ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐)

๒.๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD ๑-๔ และได้รับยา ACEi/ARB (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐)

หมายเหตุ เกณฑ์การประเมินตามคู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี๒๕๖๒

กลุ่มเป้าหมาย

๑. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ รวมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง
๒. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ M๒, F๑
๓. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ F๒, F๓

สูตรคำนวณ การคิดคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๒

คะแนนประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (๕๐ คะแนน) และผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)

สรุปผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus = ข้อ ๑ (๕๐) + ข้อ ๒ (๕๐) = ๑๐๐ คะแนน

ผลการประเมิน	คะแนนที่ได้	ระดับ
ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)		<input type="checkbox"/> ดีเด่น (๘๕ - ๑๐๐ คะแนน) <input type="checkbox"/> ดีมาก (๘๐ - ๘๔ คะแนน) <input type="checkbox"/> ดี (๗๐ - ๗๙ คะแนน) <input type="checkbox"/> พื้นฐาน (๖๐ - ๖๙ คะแนน)
ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)		<input type="checkbox"/> พื้นฐาน (๖๐ - ๖๙ คะแนน) <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าพื้นฐาน (< ๖๐ คะแนน)

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน ในระดับดีมากขึ้นไป (คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๒)	คะแนน	๑	<๖๐	๖๐	๗๐	๘๐	๘๕

หมายเหตุ : ใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plus

เหตุผล : โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และเป็นภาระโรคอันดับหนึ่งของประเทศไทย จากรายงานภาระโรค และการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.๒๕๕๖ พบว่ามีคนไทยเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อ

มากกว่า ๓ แสนคนต่อปี ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อถึงร้อยละ ๗๕ ของการเสียชีวิตทั้งหมด (๓๔๙,๐๙๐ คน) ซึ่งพบว่าคนไทยเป็นโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงมากถึงประมาณ ๑๔ ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การกินหวาน มัน เค็ม กินผักผลไม้ไม่พอ การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีภาวะอ้วน ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ หากอาการของโรครุนแรงมากขึ้นอาจ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงตามมา

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	คะแนน	-	๕๓.๘๕	
- ระดับพื้นฐาน		-		-
- ระดับดี				๗.๗๐
- ระดับดีมาก				๖๑.๕๔
- ระดับดีเด่น				๓๐.๗๖

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
คะแนนการประเมินตามเกณฑ์การประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	ฐานข้อมูล HDC	✓		
- ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ๖ องค์ประกอบ				
- ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus				

ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๓ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล

เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๕๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนิตยา โปกกลาง โทร. ๐๘๗-๒๒๕๔๕๘๔

คำอธิบาย :

คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ครบทุกระยะและเป็นการ ส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบ ๒ ข้อ ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการจัดบริการ

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทางและนโยบาย

องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ

องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบและกระบวนการบริการ

องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง

องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค)

องค์ประกอบที่ ๖ การจัดการความเสี่ยงและสภาพแวดล้อมในชุมชน

ส่วนที่ ๒ การประเมินคุณภาพวัดจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัด

๑. ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการคัดกรอง CKD

๒. ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วย CKD ๑-๔ และเป็น DM ที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

๓. ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วย CKD ๑-๔ ที่ควบคุมระดับ BP ได้

๔. ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วย CKD ๑-๔ ที่การได้รับยา ACE-I/ARB

๕. ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วย CKD ๓-๔ ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย

ร้อยละความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยมีการ ดำเนินงานทั้ง ๒ ส่วนประกอบรวมกัน ต้องมีคะแนนไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔
ร้อยละคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐

วัตถุประสงค์ :

เพื่อการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ถือเป็นงานพัฒนางานเพื่อ ชะลอและลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

แหล่งข้อมูล :

ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม, HDC และเอกสารประกอบที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์การให้คะแนน : การประเมินเชิงคุณภาพของการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ (อ้างอิงจากเกณฑ์ คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	๑	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐

ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการจัดบริการ (๕๐ คะแนน)

องค์ประกอบ	กิจกรรม	คะแนน (ร้อยละ)
๑	ทิศทางและนโยบาย ๑.๑ ทิศทาง/นโยบาย/เป้าประสงค์รวมถึงการสื่อสารทิศทางนโยบาย เป้าประสงค์ในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม ไปยังผู้มีส่วนร่วม/หน่วยงานทุกระดับ ๑.๒ องค์กรมีการสนับสนุนทรัพยากร เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ ๑.๓ องค์กรสนับสนุนและพัฒนาบุคลากรของคลินิกชะลอไตเสื่อมในการดำเนินงาน ๑.๔ การติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อม	๖ (๑.๕) (๑.๕) (๑.๕) (๑.๕)
๒	ระบบสารสนเทศ ๒.๑ ระบบข้อมูลการให้บริการที่สมบูรณ์ ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน และสามารถนำมาใช้ได้ อย่างทันถ่วงที ๒.๒ ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงเพื่อการให้บริการต่อเนื่องในเครือข่าย และสามารถเชื่อมโยง กับ Data center ของจังหวัด/อำเภอ ๒.๓ การใช้ประโยชน์ข้อมูล เพื่อการพัฒนาคุณภาพคลินิกชะลอไตเสื่อม ๒.๔ ระบบการสอบทวนความถูกต้องของข้อมูล	๘ (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐)
๓	การปรับระบบและกระบวนการบริการ ๓.๑ การบริการคัดกรองและวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง และการประเมินระยะของโรค ๓.๒ การปรับรูปแบบบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม ๓.๓ การให้ความรู้ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓.๔ ผู้ประสานงาน System Manager ร่วมกับทีมสหสาขา ๓.๕ ทีมสหสาขาในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังของคลินิกชะลอไตเสื่อม ๓.๖ เครือข่ายร่วมดูแล ร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ๓.๗ ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน Home health care	๑๖ (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐)

องค์ประกอบ	กิจกรรม	คะแนน (ร้อยละ)
	๓.๘ การประเมินติดตามความพึงพอใจของผู้รับบริการคลินิกชะลอไตเสื่อม และวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนา	(๒.๐) (๒.๐)
๔	ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ๔.๑ การจัดบริการเพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองที่เหมาะสมร่วมกับทีมสหสาขา ๔.๒ กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลรักษาและการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล ๔.๓ การสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกันกับภาคีสังคม ๔.๔ สื่อและ/หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	๘ (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐)
๕	ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการ ๕.๑ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ ๕.๒ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบกับผู้ให้บริการในคลินิก รวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข	๘ (๔.๐) (๔.๐)
๖	การจัดการความเสี่ยงและสภาพแวดล้อมในชุมชน ๖.๑ การจัดบริการในการเสริมทักษะในการลดเสียงลโรคให้แก่ชุมชน (เช่น การลดเค็ม การช้ยา NSAIDs และการช้ยาแผนโบราณที่เหมาะสม) ๖.๒ สนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน	๔ (๒.๐) (๒.๐)

ส่วนที่ ๒ การประเมินคุณภาพ วัดจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัว โดยใช้แหล่งข้อมูล HDC (๕๐ คะแนน)

ตัวชี้วัด	ระดับผลงาน	ระดับคะแนนตามผลงาน
ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วย DM, HT ที่ได้รับการคัดกรอง CKD	๔๕	๑
	๕๐	๒
	๕๕	๓
	๖๐	๔
	๖๕	๕
	๗๐	๖
	๗๕	๗
	๘๐	๘
	๘๕	๙
	๙๐	๑๐
ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วย CKD ๑-๔ และเป็น DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	๕	๑
	๑๐	๒
	๑๕	๓
	๒๐	๔
	๒๕	๕
	๓๐	๖
ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วย CKD ๑-๔ และเป็น DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (ต่อ)	๓๕	๗
	๔๐	๘
	๔๕	๙
	๕๐	๑๐
ร้อยละ ๘๐ ของผู้ป่วย CKD Stage ๑-๔ ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	๓๕	๑
	๔๐	๒
	๔๕	๓
	๕๐	๔
	๕๕	๕
	๖๐	๖
	๖๕	๗
	๗๐	๘
	๗๕	๙
	๘๐	๑๐
ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วย CKD Stage ๑-๔ ที่การได้รับยา ACE-I/ARV	๑๕	๑
	๒๐	๒

ตัวชี้วัด	ระดับผลงาน	ระดับคะแนนตามผลงาน
	๒๕	๓
	๓๐	๔
	๓๕	๕
	๔๐	๖
	๔๕	๗
	๕๐	๘
	๕๕	๙
	๖๐	๑๐
ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD ๓-๔ ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้า	๔๗.๕	๑
	๕๐	๒
	๕๒.๕	๓
	๕๕	๔
	๕๗.๕	๕
	๖๐	๖
	๖๒.๕	๗
	๖๕	๘
	๖๗.๕	๙
	๗๐	๑๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๔ : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี

เป้าหมาย: โรคเบาหวานควบคุมได้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๐

: โรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙-๔๖๒๕-๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจจะขารี โทร. ๐๙-๓๕๔๓-๓๒๗๔

คำอธิบาย :

ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

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

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี ๒๕๕๙ ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี ๒๕๖๐ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ

ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

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

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑ และ ๓)
๒. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑ และ ๓)

สูตรการคำนวณ :

๑. สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน) $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

๒. สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง) $(C/D) \times ๑๐๐$

C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด

D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

เกณฑ์การให้คะแนน : ประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่

๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมได้
๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	ร้อยละ	๐.๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้	ร้อยละ	๐.๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐

เหตุผล : ๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมได้	ร้อยละ	๑๓.๒๑	๑๔.๑๗	๑๕.๙๑ (ข้อมูล ณ ๑ ต.ค.๖๑)
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมได้	ร้อยละ	๓๗.๖๓	๔๔.๗๕	๕๔.๒๙ (ข้อมูล ณ ๑ ต.ค.๖๑)

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. การประเมินตามเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ (PLUS) - ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ๖ องค์ประกอบ - ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus ๒. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๓. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๕ : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๕

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจจะขารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓-๓๒๗๔

คำอธิบาย :

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

หมายเหตุ : รหัส ICD ๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่

๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐.-E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ - I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒, I๑๓.๙ และ รหัส I๑๐ - I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

หมายเหตุ :

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียน Type area ๑ และ ๓ หมายถึง

๑.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี Type area ๑ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีที่อยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอาศัยอยู่จริง

๑.๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี Type area ๓ หมายถึง ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบแต่ไม่มีทะเบียนบ้านอยู่เขตรับผิดชอบ

สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

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

หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่

๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. - E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. - E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ - I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒, I๑๓.๙ และ รหัส I๑๐ - I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ - I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

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

หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่

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

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	๑	๘๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐

เหตุผล : เพื่อประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	๓๔.๒๕	๘๗.๒๐	๙๐.๒๗

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบ การประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
<p>ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข/โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข</p> <p>๑. รายงานผลการคัดกรองการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. รายงานผลการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ($\geq ๓๐\%$) หลังเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน ๑ เดือน รายงานผลโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรค</p>	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข เทียบกับค่าเป้าหมาย	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๕.๖ : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < ๔ \text{ mL/min/๑.๗๓m}^๒/\text{yr}$

เป้าหมาย : ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < ๔ \text{ mL/min/๑.๗๓m}^๒/\text{yr}$ ร้อยละ ๖๖

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนิตยา โปกกลาง โทร. ๐๘๗-๒๒๕๔๕๘๔

คำอธิบาย :

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < ๔ \text{ mL/min/๑.๗๓ m}^๒/\text{yr}$ หมายถึง ผลค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serumcreatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

อัตราการลดลงของ $eGFR < ๔ \text{ mL/min/๑.๗๓ m}^๒/\text{yr}$ หมายถึง ค่า $eGFR$ ของผู้ป่วยที่มีการตรวจ creatinine ≥ ๒ ค่า ใน ๑ ปี และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๔ หากมีค่า $eGFR$ ๑ ค่า ใน ๑ ปี จะไม่นำมาประเมิน

หมายเหตุ : เก็บข้อมูลเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ ๓-๔ เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N๑๘๓-N๑๘๔, (N๑๘๙ ที่มี $๖๐ > eGFR \geq ๑๕$) หรือ (E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒ หรือ I๑๒, *I๑๓, * I๑๕) ที่มี $๖๐ > eGFR \geq ๑๕$ และมีการคำนวณ $eGFR$ (LABTEST ๑๕) และสัญชาติไทย (File PERSON : สัญชาติไทย รหัส ๐๙๙) เท่านั้น

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < ๔ \text{ mL/min/๑.๗๓ m}^๒/\text{yr} = (A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล $eGFR \geq ๒$ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๔

B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล $eGFR \geq ๒$ ค่า

เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน ± ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < ๔ \text{ mL/min/๑.๗๓m}^๒/\text{yr}$	๑	ร้อยละ	๔๖	๕๑	๕๖	๖๑	๖๖

เหตุผล : เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆ มาตรการรวมกัน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ m ^๒ /yr	ร้อยละ	๖๕.๖๒	๕๘.๙๙	๖๔.๒๐

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบกรประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
อัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ m ^๒ /yr	ฐานข้อมูล HDC	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(Prevention Promotion & Protection Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ : ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

เป้าหมาย : ๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

๒. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ปี ๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

น้ำหนัก : ๖

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริลักษณ์ ณ กาฬสินธุ์ โทร. ๐๙๕-๖๖๓-๐๐๔๑

คำอธิบาย :

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการนั้นๆ (ขึ้นชื่อตามทะเบียนราษฎร) ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี Pap-smear หรือ VIA

การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ในปี พ.ศ.๒๕๖๒ สามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อเดือน และผ่านการประเมินผลดังกล่าว จากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อไป

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

$$= \frac{\text{ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายปีงบประมาณ ๒๕๕๘ สะสมถึงปีงบประมาณ ๒๕๖๒} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ณ ปีงบประมาณ ๒๕๕๘}}$$

ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ปี ๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

$$= \frac{\text{ผลการดำเนินงานตามเป้าหมายปีงบประมาณ ๒๕๖๒} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนกลุ่มเป้าหมาย ณ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	๔	ร้อยละ	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
๒. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ปี ๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	๒	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

เหตุผล : เนื่องจากตัวชี้วัดนี้ เป็น PA (Performance Agreement) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
 ข้อตกลงการปฏิบัติราชการของผู้บริหารระดับจังหวัด

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	๓๑.๕๘	๔๐.๙๓	๕๐.๘๔
๒. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ปี ๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	๗๓.๕๖	๗๑.๙๕	๘๗.๕๐

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอบล	ตำบล	รพ.สต.
๑. ร้อยละผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม ปี ๕๘-๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข	✓		
๒. ร้อยละผลตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ
(Prevention Promotion & Protection Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตัวชี้วัดที่ ๑๗.๑ : ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตัวชี้วัดที่ ๑๗.๒ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

น้ำหนัก : ๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี

โทร. ๐๘๖ ๒๓๔ ๖๓๓๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : ๑. นางเกษศิริรินทร์ ไชยลาภ

โทร. ๐๘๑ ๙๖๔ ๗๘๗๙

๒. นางศิริมา วิริยะ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๓. นางสาวนิศาชล เสนาคำ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๔. นางธนียาณัฐ แก้วม่วง

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละคะแนน	๓	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ	๒	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๗.๑ : ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

น้ำหนัก : ๓

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี โทร. ๐๘๖ ๒๓๔ ๖๓๓๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางเกษศิริรินทร์ ไชยลาภ โทร. ๐๘๑ ๙๖๔ ๗๘๗๙

คำอธิบาย :

ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ใน ๕ มาตรการ ได้แก่

มาตรการที่ ๑ การสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินการออกและบังคับใช้ข้อบังคับ เทศบัญญัติ/หรือมาตรการทางสังคม ในการจัดการสิ่งแวดล้อม สิ่งปฏิกูล เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อในสิ่งแวดล้อม คน ปลา ตำบลมีการสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโรงเรียนโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ

มาตรการที่ ๒ การควบคุมป้องกัน หมายถึง มีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยการตรวจจูงจาะ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกรายที่ตรวจพบพยาธิ

มาตรการที่ ๓ การรักษาพยาบาล หมายถึง มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดี ดำเนินการส่งต่อเพื่อรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป

มาตรการที่ ๔ การดูแลรักษา หมายถึง การผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี และให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

มาตรการที่ ๕ การสื่อสารสาธารณะ หมายถึง ตำบลมีการดำเนินงานจัดกิจกรรมรณรงค์สร้างกระแสสังคมในการลด เลิก การบริโภคอาหารเมนูปลาปรุงดิบ และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่ประชาชน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละคะแนน	๓	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อๆ ละ ๒๐ คะแนน การให้คะแนนโดยกำหนดพื้นที่การประเมิน ดังนี้

เกณฑ์การประเมินสำหรับพื้นที่ดำเนินงาน ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ตำบล โดยอำเภอที่มีพื้นที่ดำเนินการมากกว่า ๑ ตำบล จะทำการสุ่มประเมิน กำหนดเป็นคะแนนความสำเร็จ ๕ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลำดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	<p>การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ดังนี้</p> <p>๑.๑ มีคำสั่งฯ ระดับอำเภอ ได้ ๕ คะแนน</p> <p>๑.๒ มีคำสั่งฯ ระดับตำบล ได้ ๕ คะแนน</p> <p>๑.๓ มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน ได้ ๕ คะแนน</p> <p>๑.๔ มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคฯ ได้ ๕ คะแนน</p>
๒	<p>มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงและมีการตรวจอุจจาระโดยวิธี Modified Kato-katz และมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort ครบถ้วนและสมบูรณ์ เป้าหมายตำบลละ ๙๐๕ ราย (ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๒)</p> <p>๒.๑ ทำได้ร้อยละ ๑๐๐ ได้ ๒๐ คะแนน</p> <p>๒.๒ ทำได้ร้อยละ ๙๕ ได้ ๑๕ คะแนน</p> <p>๒.๓ ทำได้ร้อยละ ๙๐ ได้ ๑๐ คะแนน</p> <p>๒.๔ ทำได้น้อยกว่าร้อยละ ๙๐ ได้ ๕ คะแนน</p>
๓	<p>โรงเรียนในพื้นที่เป้าหมายมีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในโดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ คู่มือ/หลักสูตรการเรียนการสอนเรื่องพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี มีแผนการเรียนการสอน และมีโครงการที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓.๑ มีการจัดการเรียนการสอนฯ ในโรงเรียนทุกแห่ง ได้ ๒๐ คะแนน</p> <p>๓.๒ มีการจัดการเรียนการสอนฯ ในโรงเรียนมากกว่าร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป ได้ ๑๐ คะแนน</p> <p>๓.๓ มีการจัดการเรียนการสอนฯ ในโรงเรียนน้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป ได้ ๕ คะแนน</p>
๔	<p>อปท.ในพื้นที่เป้าหมายมีการดำเนินงานในการกำจัดสิ่งปฏิกูล ดังนี้</p> <p>๔.๑ มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกต้องลักษณะ ได้ ๑๐ คะแนน</p> <p>๔.๒ มีการออกและใช้ข้อบังคับจัดการสิ่งปฏิกูล ได้ ๕ คะแนน</p> <p>๔.๓ ส่งเสริมการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องและมีการติดตามควบคุมกำกับผู้ประกอบการฯ ในการกำจัดสิ่งปฏิกูลให้ถูกต้องลักษณะ ได้ ๕ คะแนน</p>
๕	<p>มีการสื่อสารสาธารณะโดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่ประชาชน และการรณรงค์ สร้างกระแสprungเมนูปลาสุก และสนับสนุนผู้ประกอบการปรุงเมนูปลาปลอดภัย</p> <p>๕.๑ มีการสื่อสารสาธารณะ เช่น ออกเสียงตามสาย/หอกระจายข่าว/การจัดนิทรรศการ/ป้ายประชาสัมพันธ์ ได้ ๕ คะแนน</p> <p>๕.๒ มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐ ได้ ๕ คะแนน</p>

ลำดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
	๕.๓ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ และมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่าร้อยละ ๘๐ ได้ ๕ คะแนน
	๕.๔ ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ได้ ๕ คะแนน
	รวม ๑๐๐ คะแนน

เหตุผล : กำหนดตัวชี้วัดแบบผสมผสานโดยวัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	NA	NA	๘๐

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมินผล	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
- ดูเอกสารคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ/ผลการวิเคราะห์ข้อมูล, สถานการณ์/การจัดทำแผนงาน/โครงการ	- คำสั่งคณะกรรมการฯ ระดับอำเภอ/ตำบล - แผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้อง - วิเคราะห์สถานการณ์ สรุปผลงาน	✓	✓	✓
- ดูรายงานผลการคัดกรอง OV เปรียบเทียบเป้าหมาย	- ทะเบียนผู้รับบริการ สรุปผลการตรวจคัดกรองฯ, ภาพถ่ายกิจกรรม - โปรแกรม Isan cohort		✓	✓
- ประเมินโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย ๑ โรงเรียน	- คู่มือ/หลักสูตรการเรียนการสอน, แผนการเรียนการสอน, โครงการที่เกี่ยวข้อง - ภาพถ่ายกิจกรรม		✓	✓
- ติดตามประเมิน อปท.พื้นที่เป้าหมาย	- บ่อบำบัดที่ถูกสุขลักษณะ - ข้อบังคับจัดการสิ่งปฏิกูลของอปท., แผนงาน/โครงการ - กฎหมาย/พรบ. ที่เกี่ยวข้อง		✓	✓
- ประเมินชุมชน	- สอบถามความรู้ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี - ทะเบียนผู้ร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมฯ - สื่อต่างๆ นิทรรศการ ป้ายประชาสัมพันธ์ ภาพถ่ายกิจกรรม		✓	✓

ตัวชี้วัดที่ ๑๗.๒ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

เป้าหมาย : รายละเอียดการจัดสรรเป้าหมายการ อัลตราซาวด์ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รวม ๗,๐๐๐ ราย

- | | |
|----------------------------------|-----------------------------|
| ๑. อำเภอเมืองมหาสารคาม ๑,๐๐๐ ราย | ๘. อำเภอนาเชือก ๑๐๐ ราย |
| ๒. อำเภอโกสุมพิสัย ๑,๐๐๐ ราย | ๙. อำเภอนาคู ๑๐๐ ราย |
| ๓. อำเภอเขียงยืน ๑,๐๐๐ ราย | ๑๐. อำเภอวาปีปทุม ๑๐๐ ราย |
| ๔. อำเภอกันทรวิชัย ๕๐๐ ราย | ๑๑. อำเภอแกดำ ๑๐๐ ราย |
| ๕. อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย ๑,๒๐๐ ราย | ๑๒. อำเภอยางสีสุราช ๑๐๐ ราย |
| ๖. อำเภอกุดรัง ๕๐๐ ราย | ๑๓. อำเภอชื่นชม ๑๐๐ ราย |
| ๗. อำเภอบรบือ ๑,๒๐๐ ราย | |

น้ำหนัก : ๒

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ดร. พชรวรรณ คุณกุลรัตน์

โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล :

๑. นางศิริมา วิริยะ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

๒. นางสาวนิศาชล เสนาคำ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๓. นางธนิยาณัฐ แก้วม่วง

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ	๒	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

$$= \frac{\text{คะแนนที่ได้}}{\text{คะแนนเต็ม}} \times ๑๐๐$$

เกณฑ์การประเมิน : ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาผู้ป่วยและคัดกรองโดยใช้วิธีการตรวจอัลตราซาวด์และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ลำดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน												
๑	<p>๑.๑ วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยวิธีอัลตราซาวด์ และผลการดำเนินงานจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ผ่านมาพร้อมปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา (๑๐ คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีเอกสารรายงานผลการตรวจ u/s และสรุปผลการดำเนินงานครบถ้วน ๑๐ คะแนน - ไม่มีรายงาน ๐ คะแนน <p>๑.๒ จัดทำแผนงานโครงการเพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (๑๐ คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มีการวิเคราะห์และจัดทำแผนงาน/โครงการสนับสนุนฯ ได้ ๐ คะแนน <p>๑.๓ กลุ่มเสี่ยงที่มีผลตรวจอัลตราซาวด์พบภาวะผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและได้รับการรักษา (๓๐ คะแนน)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ๙๐%</td> <td>๓๐</td> </tr> <tr> <td>การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ๘๐%</td> <td>๒๕</td> </tr> <tr> <td>การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ๗๐%</td> <td>๒๐</td> </tr> <tr> <td>การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา < ๗๐%</td> <td>๑๕</td> </tr> <tr> <td>ไม่มีการส่งต่อ</td> <td>๑๐</td> </tr> </tbody> </table>	กิจกรรม	คะแนน	มีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ๙๐%	๓๐	การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ๘๐%	๒๕	การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ๗๐%	๒๐	การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา < ๗๐%	๑๕	ไม่มีการส่งต่อ	๑๐	๕๐
กิจกรรม	คะแนน													
มีการส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ๙๐%	๓๐													
การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ๘๐%	๒๕													
การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา ๗๐%	๒๐													
การส่งต่อเพื่อตรวจวินิจฉัยและรักษา < ๗๐%	๑๕													
ไม่มีการส่งต่อ	๑๐													
๒	<p>๒.๑ มีกิจกรรมการคัดกรองค้นหาด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ใบยินยอมสมัครเข้าร่วมโครงการที่กำหนด ๕๐ คะแนน</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย ๘๐%</td> <td>๕๐</td> </tr> <tr> <td>ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย ๗๐%</td> <td>๔๐</td> </tr> <tr> <td>ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย ๖๐%</td> <td>๓๐</td> </tr> <tr> <td>ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย < ๖๐%</td> <td>๒๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๒.๒ - มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort ครบคลุม ครบถ้วนถูกต้อง ๑๐ คะแนน</p> <ul style="list-style-type: none"> - บันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort ครบคลุม ไม่ครบถ้วนถูกต้องได้ ๐ คะแนน 	กิจกรรม	คะแนน	ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย ๘๐%	๕๐	ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย ๗๐%	๔๐	ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย ๖๐%	๓๐	ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย < ๖๐%	๒๐	๖๐		
กิจกรรม	คะแนน													
ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย ๘๐%	๕๐													
ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย ๗๐%	๔๐													
ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย ๖๐%	๓๐													
ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์/เป้าหมาย < ๖๐%	๒๐													

ลำดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																				
๓	<p>๓.๑ มีการดำเนินงานส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันและรับการรักษา จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวและการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี ได้ ๒๐ คะแนน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๘๐%</td> <td>๒๐</td> </tr> <tr> <td>ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๗๐%</td> <td>๑๕</td> </tr> <tr> <td>ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๖๐%</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๕๐%</td> <td>๕</td> </tr> </tbody> </table> <p>๓.๒ มีทีม “หมอครอบครัว (Family care team)” จัดกิจกรรมการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีระยะท้ายในชุมชนได้ ๒๐ คะแนน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>กิจกรรม</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย ๙๐%</td> <td>๒๐</td> </tr> <tr> <td>ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย ๘๐%</td> <td>๑๕</td> </tr> <tr> <td>ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย ๗๐%</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย < ๗๐%</td> <td>๕</td> </tr> </tbody> </table>	กิจกรรม	คะแนน	ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๘๐%	๒๐	ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๗๐%	๑๕	ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๖๐%	๑๐	ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๕๐%	๕	กิจกรรม	คะแนน	ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย ๙๐%	๒๐	ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย ๘๐%	๑๕	ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย ๗๐%	๑๐	ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย < ๗๐%	๕	๔๐
กิจกรรม	คะแนน																					
ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๘๐%	๒๐																					
ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๗๐%	๑๕																					
ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๖๐%	๑๐																					
ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย = ๕๐%	๕																					
กิจกรรม	คะแนน																					
ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย ๙๐%	๒๐																					
ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย ๘๐%	๑๕																					
ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย ๗๐%	๑๐																					
ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี/เป้าหมาย < ๗๐%	๕																					
	รวมคะแนน	๑๕๐																				

รายละเอียดการดำเนินงาน : ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้วิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
๑	<p>๑.๑ วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยวิธีอัลตราซาวด์ และผลการดำเนินงานจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ผ่านมาพร้อมปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา</p> <p>๑.๒ จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>๑.๓ ส่งเสริมให้มีการจัดระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน โดยทีมหมอครอบครัวเป็นแกนนำในการสนับสนุน</p>	<p>- สรุปรายงานผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ท่อน้ำดี พร้อมข้อเสนอแนะ</p> <p>- แผนงาน /โครงการที่เกี่ยวข้อง</p> <p>สรุปรายงานการประชุม ภาพถ่ายกิจกรรม คู่มือ/แนวทางการดูแลผู้ป่วย</p> <p>- สรุปรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย/การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา</p> <p>- รายงานผลการตรวจ CT</p> <p>- ภาพถ่ายกิจกรรม</p>
๒	๒.๑ มีกิจกรรมการคัดกรองค้นหาด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ใบยินยอมสมัครเข้าร่วมโครงการที่กำหนดครบตามจำนวนเป้าหมาย	<p>- ทะเบียนประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป</p> <p>- รายงานการคัดกรองอัลตราซาวด์</p> <p>- ภาพถ่ายกิจกรรมการดำเนินงาน</p>

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานการประเมินผล
	๒.๒ การลงทะเบียนคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อเข้าสู่การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ครอบคลุมทุกรายและมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort ครอบคลุม ครบถ้วนสมบูรณ์	
๓	<p>สนับสนุนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะท้ายในชุมชน มีการดำเนินงานส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันและรับการรักษา จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>๓.๑ มีการดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวและการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>๓.๒ ทีม “หมอครอบครัว (Family care team)” จัดกิจกรรมการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงาน / โครงการดูแลต่อเนื่อง/การติดตามเยี่ยมบ้าน/การดูแลตามแนวทางปฏิบัติของ Palliative Care - ทะเบียนผลงานเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัว - ทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา CT และส่งต่อเพื่อรับการรักษา - สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ - ภาพถ่ายกิจกรรมการดำเนินงาน

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ : ร้อยละของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป บริโภคยาสูบ และได้รับการติดตามบำบัด

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๑ ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๒ ร้อยละประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๓ ร้อยละการติดตามและได้รับการบำบัด ผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๔ ร้อยละของประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๕ ร้อยละของประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ โดย อสม. ชักชวน

เป้าหมาย : - คัดกรองได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

- ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘

- การติดตามและได้รับการบำบัด ผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

(ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

- ร้อยละ ๑๐๐ ของประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ

- ร้อยละ ๑๐๐ ของประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่

น้ำหนัก : ๖

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	นน. (wi)	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๘.๑ ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	๑	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๑๘.๒ ร้อยละความชุกประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘	ร้อยละ	๑	๒๑.๘	๒๑.๓	๒๐.๘	๒๐.๓	๑๙.๘
๑๘.๓ ร้อยละการติดตามและได้รับการบำบัดผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)	ร้อยละ	๑	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๑๘.๔ ร้อยละของประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ	ร้อยละ	๑	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๑๘.๕ ร้อยละของประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ โดย อสม. ชักชวน	ร้อยละ	๒	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๘๕-๗๕๘๗๘๗๘

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายปรีชาติ บุตะกะ โทร. ๐๙๔-๕๓๐๑๐๓๖

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๑ : ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๒ : ร้อยละประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๓ : ร้อยละการติดตามและได้รับการบำบัด ผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

เป้าหมาย : - คัดกรองได้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

- ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘

- การติดตามและได้รับการบำบัด สูบบุหรี่ของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

น้ำหนัก : ๓

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๘๕-๗๕๘๗๘๗๘

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายปริชาติ บุตะกะ โทร. ๐๙๔-๕๓๐๑๐๓๖

นางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

คำอธิบาย :

ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่ภายในรอบ ๑๒ เดือน ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป
 ยาสูบ หมายถึง บุหรี่ซิการ์ แรต บุหรี่อื่นๆ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมายว่าด้วยยาสูบ
 การบริโภคยาสูบ หมายถึง การเสพยาสูบโดยวิธีสูบ/ดูด ตม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นในปากหรือจมูก
 หรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน

การติดตามบำบัด หมายถึง ผู้เสพยาสูบได้รับคำแนะนำ คำปรึกษา เพื่อการเลิกบุหรี่ และมีการติดตาม
 ผล ๑ เดือน, ๓ เดือน และ ๖ เดือน และกรณีตอบว่าเลิกสูบแล้ว ก็ควรติดตามต่อให้ครบ ๑๒ เดือน เพื่อป้องกันการ
 การกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

สูตรการคำนวณ :

๑. ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)

$$= \frac{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๒ ที่ได้รับการคัดกรอง} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในปี ๒๕๖๒ ในหน่วยบริการนั้นๆ}}$$

๒. ร้อยละประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘

$$= \frac{\text{จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป สูบบุหรี่} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ปี ๒๕๖๒ ที่ได้รับการคัดกรอง ในหน่วยบริการนั้นๆ}}$$

๓. ร้อยละการติดตามและได้รับการบำบัด ผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)

$$= \frac{\text{จำนวนประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการติดตาม บำบัด} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่สูบบุหรี่ ในปี ๒๕๖๒ ในหน่วยบริการนั้นๆ}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	นน. (wi)	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	๑	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๒. ร้อยละความชุกประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘	ร้อยละ	๑	๒๑.๘	๒๑.๓	๒๐.๘	๒๐.๓	๑๙.๘
๓. ร้อยละการติดตามและได้รับการบำบัดผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)	ร้อยละ	๑	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานจังหวัด		
		ปี ๒๕๕๙	ปี ๒๕๖๐	ปี ๒๕๖๑
๑. ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ร้อยละ	-	๑๖.๕๐	๒๒.๒๗
๒. ร้อยละความชุกประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่	ร้อยละ	-	๑๔.๙๓	๓๔.๐๕
๓. ร้อยละการติดตามและได้รับการบำบัด ผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐)	ร้อยละ	-	๖๙.๗๑	๙๕.๒๗

หมายเหตุ : ข้อมูลจากรายงาน HDC จังหวัดมหาสารคาม การคัดกรองและการบำบัดผู้ติดบุหรี่ (แน้ม special pp)

แนวทางการประเมินผล :

การประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน
ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ของ ประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ออกรหัส ๑B๕๐ (๑B๕๐๑, ๑B๕๐๒, ๑B๕๐๓, ๑B๕๐๔, ๑B๕๐๕, ๑B๕๐๖), ๑B๕๑, ๑B๕๒
ร้อยละความชุกประชากรอายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป สูบบุหรี่	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ออกรหัส ๑B๕๐, ๑B๕๐๑, ๑B๕๐๒, ๑B๕๐๓, ๑B๕๐๔, ๑B๕๐๕, ๑B๕๐๖
ร้อยละการติดตามและได้รับการ บำบัด ผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ออกรหัส ๑B๕๓๐, ๑B๕๓๑, ๑B๕๓๒, ๑B๕๔๐, ๑B๕๔๑, ๑B๕๔๒, ๑B๕๕๐, ๑B๕๕๑, ๑B๕๕๒, ๑B๕๖๐, ๑B๕๖๑, ๑B๕๖๒,

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๔ : ร้อยละของประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ

เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ดร.เพชรวรรณ คุสกุรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔

คำอธิบาย :

ประชาชนผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิง

เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย หมายถึง อสม.ทุกคน ร่วมกัน ค้นหา ชักชวน ผู้ที่สูบบุหรี่ สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ ตามโครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” เป้าหมาย อสม. ๑ คน ชวนประชาชนที่สูบบุหรี่ ให้เลิกบุหรี่อย่างน้อย ๓ คน โดย อสม.รายงานรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ในแบบรายงาน อสม.๑ (โปรแกรมการบันทึกข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เว็บไซต์ www.thaiphc.net โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ)

เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน

สูตรการคำนวณ :

$$\frac{\text{จำนวนประชาชนผู้สูบบุหรี่ที่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย} \times ๑๐๐}{\text{จำนวน ๓ เท่า ของ อสม.ทั้งหมดในพื้นที่}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ	๑	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ	ร้อยละ	-	-	-

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
๑. ประเมินจากการบันทึกข้อมูลโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ	๑. เว็บไซต์ www.thaiphc.net โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ	✓	✓	✓
๒. สรุปรายงาน อสม.๑	๑. รายงาน อสม.๑ จัดเก็บที่ระดับ รพ.สต.	-	-	✓
๓. เจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HDC ประชากรที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่	๑. ระบบรายงาน HDC	✓	✓	✓

ตัวชี้วัดที่ ๑๘.๕ : ร้อยละของประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ โดย อสม. ชักชวน

เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐

น้ำหนัก : ๒

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ดร.เพชรวรรณ คุณกุลรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทร. ๐๘๙-๙๔๔๒๕๑๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทร. ๐๘๖-๘๖๔๔๑๖๔

คำอธิบาย :

ประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิง สมัครใจเข้าร่วมโครงการ “๓ ล้าน ๓ ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน” และสามารถเลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน (ประมวลผลงานจากโปรแกรมการบันทึกข้อมูลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เว็บไซต์ www.thaiiphc.net โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ) และรายงาน อสม.๑ ที่จัดเก็บข้อมูลไว้ที่ระดับ รพ.สต.

สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{จำนวนผู้สูบบุหรี่โดย อสม. ชักชวน เลิกสูบบุหรี่เป็นระยะเวลา อย่างน้อย ๖ เดือน} \times ๑๐๐}{\text{จำนวน ๓ เท่า ของ อสม.ทั้งหมดในพื้นที่}}$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ โดย อสม. ชักชวน	๒	ร้อยละ	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ โดย อสม. ชักชวน	ร้อยละ	-	-	-

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
๑. ประเมินจากการบันทึกข้อมูล โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ	๑. เว็บไซต์ www.thaiphc.net โครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ ทั่วไทยฯ	✓	✓	✓
๒. สรุปรายงาน อสม.๑	๑. รายงาน อสม.๑ จัดเก็บที่ ระดับ รพ.สต.			✓
๓. เจ้าหน้าที่รายงานผ่านระบบ HDC ประชากรที่สูบบุหรี่และเลิกสูบบุหรี่	๑. ระบบรายงานHDC	✓	✓	✓
๔. รายงานผลงานโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย ในระบบรายงาน www.thaiphc.net (กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ)	๑. ระบบรายงาน www.thaiphc.net			

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จ

น้ำหนัก : ๕

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวรัตนพร เสนาลาด โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุรียา ชันทชาติ โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

คำอธิบาย :

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ประกอบด้วย การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย (Service Plan) การพัฒนาเมืองสมุนไพร การพัฒนางานวิจัยทางการแพทย์แผนไทย การคุ้มครองและส่งเสริมภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	นน. (wi)	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๙.๑ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	ระดับ	๒	๑	๒	๓	๔	๕
๑๙.๒ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	รพท. (ร้อยละ ๔๐)	๒	๖	๘	๑๐	๑๒	๑๔
	รพช. (ร้อยละ ๔๐)		๑๖	๑๘	๒๐	๒๒	๒๔
	รพ.สต. (ร้อยละ ๖๐)		๒๖	๒๘	๓๐	๓๒	๓๔
๑๙.๓ จำนวนผลงานวิจัยสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก	เรื่อง	๑	๑	๒	๓	๔	๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๙.๑ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร

เป้าหมาย : ผ่านเกณฑ์ระดับ ๕

น้ำหนัก : ๒

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวรัตนพร เสนาลาด โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุรียา ชันทชาติ โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

คำอธิบาย :

เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพร ให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ ๔ มาตรการ ดังนี้ **มาตรการที่ ๑** สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน **มาตรการที่ ๒** พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร **มาตรการที่ ๓** ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด **มาตรการที่ ๔** ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ

ฐานข้อมูลสมุนไพร หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมการปลูก การผลิต การแปรรูป และการขายสมุนไพร

Shop หมายถึง ร้านค้าที่มีการซื้อ-ขาย ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ทางด้านสมุนไพรและภูมิปัญญา

Outlet หมายถึง จุดบริการที่มีการซื้อ-ขาย ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์ทางด้านสมุนไพรและภูมิปัญญา

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ มหาสารคามเมืองสมุนไพร ระดับ ๕	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการ มหาสารคามเมืองสมุนไพร ระดับ ๕

วัตถุประสงค์ :

เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจ แบบครบวงจรในระดับจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐ

แหล่งข้อมูล :

- ข้อมูลจากแบบประเมินความสำเร็จในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพรโดยการรายงาน (รายงานทุกไตรมาส)
- ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงาน
- ข้อมูลการประเมินการกำกับติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	จำนวนพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่ได้รับการรับรอง GAP เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ ไร่/อำเภอ
๒	มีแผนความต้องการใช้ยาสมุนไพร และมีปริมาณการใช้จริงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๓	มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในอำเภอ อย่างน้อย ๑ ผลิตภัณฑ์
๔	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๘.๕
๕	ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบัน อย่างน้อยร้อยละ ๓

วิธีการประเมิน :

๑. ข้อมูลจากแบบรายงานในการขับเคลื่อนเมืองสมุนไพร
๒. ข้อมูลจากการนิเทศงาน, บันทึกการประชุม, คำสั่ง ฯลฯ
๓. ข้อมูลการประเมินการดำเนินงานและติดตามโครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร

สูตรคำนวณ :

๑. ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก : $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล

A = จำนวนครั้งที่มีรับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

B = จำนวนครั้งที่มีรับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

๒. ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบัน อย่างน้อยร้อยละ ๓ : $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล

A = มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร (บาท)

B = มูลค่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน (บาท)

ตัวชี้วัดที่ ๑๙.๒ : ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

เป้าหมาย : ร้อยละ ๓๐

น้ำหนัก : ๒

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวรัตนพร เสนาลาด โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุรียา ชันทชาติ โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

คำอธิบาย :

ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพ ดังนี้

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา - ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา - ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา - ฟื้นฟูสภาพ
- การทำหม้อเกลือ
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน

การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ ประกอบด้วย

- การฝึกสมาธิบำบัด
- ผิงเข็ม
- การกดจุดบำบัด
- การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย

บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินผลตามเกณฑ์

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	รพท. (๐.๘)	ร้อยละ	๖	๘	๑๐	๑๒	๑๔
	รพช. (๐.๘)	ร้อยละ	๑๖	๑๘	๒๐	๒๒	๒๔
	รพ.สต. (๑.๒)	ร้อยละ	๒๖	๒๘	๓๐	๓๒	๓๔

หมายเหตุ

๑. อำเภอเมืองมหาสารคาม ใช้ผลคะแนนระดับ รพท. ร่วมกับ คะแนนระดับ รพ.สต.

๒. อำเภออื่นๆ ใช้ผลคะแนนระดับ รพช. ร่วมกับ คะแนนระดับ รพ.สต.

เหตุผล : เป็นตัวชี้วัดของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

อำเภอ	ระดับ	ปีงบประมาณ		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
เมือง	รพท.	๗.๙๒	๑๓.๔๕	๑๖.๘๗
	รพ.สต.	๓๕.๘๙	๓๒.๖๓	๓๑.๘๕
	ภาพรวม	๑๖.๐๖	๑๙.๖๘	๒๑.๒๔
แกดำ	รพช.	๑๘.๓๓	๒๑.๒๐	๒๔.๐๗
	รพ.สต.	๒๘.๗๗	๓๖.๐๗	๔๘.๔๒
	ภาพรวม	๒๓.๗๖	๒๘.๑๓	๓๑.๔๘
โกสุมพิสัย	รพช.	๘.๒๐	๑๐.๖๗	๑๑.๔๓
	รพ.สต.	๓๓.๓๒	๓๔.๒๘	๓๘.๙๘
	ภาพรวม	๒๐.๘๑	๒๒.๐๓	๒๔.๖๐
กันทรวิชัย	รพช.	๒๒.๕๓	๒๕.๖๙	๒๒.๙๐
	รพ.สต.	๒๓.๑๑	๓๒.๕๓	๓๖.๑๓
	ภาพรวม	๒๒.๘๐	๒๘.๘๖	๒๘.๙๖
เชียงยืน	รพช.	๑๘.๕๖	๒๖.๑๒	๒๘.๗๗
	รพ.สต.	๖๒.๖๗	๕๕.๐๑	๕๘.๐๙
	ภาพรวม	๓๕.๗๓	๓๗.๐๔	๓๙.๙๕
บรบือ	รพช.	๑๖.๕๓	๑๔.๕๙	๑๕.๔๘
	รพ.สต.	๓๖.๗๗	๓๔.๖๑	๓๖.๖๔
	ภาพรวม	๒๔.๗๓	๒๒.๘๗	๒๔.๑๓
นาเชือก	รพช.	๑๔.๓๙	๒๔.๔๑	๑๘.๔๐
	รพ.สต.	๔๗.๓๓	๔๗.๑๕	๔๘.๖๗
	ภาพรวม	๓๐.๓๗	๓๕.๒๔	๓๑.๘๓
พยัคฆภูมิพิสัย	รพช.	๒๑.๔๕	๑๘.๐๓	๑๗.๗๑
	รพ.สต.	๔๗.๗๓	๔๑.๙๖	๔๓.๗๓
	ภาพรวม	๓๒.๕๔	๒๘.๙๕	๒๙.๖๗
วาปีปทุม	รพช.	๑๓.๐๘	๑๕.๖๐	๑๖.๓๑
	รพ.สต.	๓๖.๑๑	๔๒.๕๔	๔๒.๔๗
	ภาพรวม	๒๗.๑๘	๓๐.๓๙	๓๒.๒๒
นาโดน	รพช.	๑๖.๓๙	๑๗.๖๕	๒๐.๕๑
	รพ.สต.	๔๕.๘๐	๔๖.๘๘	๔๖.๐๙

อำเภอ	ระดับ	ปีงบประมาณ		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
	ภาพรวม	๓๓.๒๑	๓๓.๕๙	๓๓.๙๐
ยางสีสุราช	รพช.	๒๐.๔๓	๒๒.๑๐	๒๘.๒๔
	รพ.สต.	๓๓.๑๐	๓๙.๘๘	๔๖.๒๓
	ภาพรวม	๒๗.๖๓	๓๑.๖๗	๓๗.๓๒
กุฉีกรัง	รพช.	๑๒.๕๖	๑๔.๐๘	๒๑.๙๓
	รพ.สต.	๓๕.๙๖	๓๕.๔๓	๔๘.๗๒
	ภาพรวม	๒๗.๗๒	๒๕.๗๕	๓๖.๕๐
ชื่นชม	รพช.	๑๓.๙๙	๑๖.๓๕	๒๐.๓๖
	รพ.สต.	๔๑.๐๖	๓๖.๘๑	๔๓.๕๑
	ภาพรวม	๓๕.๗๒	๒๗.๙๒	๓๑.๒๙
รวม	รพช.	๑๕.๗๒	๑๘.๔๕	๑๘.๙๔
	รพ.สต.	๓๖.๐๔	๓๙.๖๗	๔๑.๕๖

ที่มา : ฐานข้อมูล HDC จังหวัดมหาสารคาม

แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	อ้างอิงข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๑	✓	-	✓

สูตรคำนวณ : $(A/B) \times 100$

รายการข้อมูล

A = จำนวนครั้งที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

B = จำนวนครั้งที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

ตัวชี้วัดที่ ๑๙.๓ : จำนวนผลงานวิจัยสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก

เป้าหมาย :

น้ำหนัก : ๑

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสาวรัตนพร เสนาลาด โทร. ๐๙๒-๔๔๒๓๖๕๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุรียา ชันทชาติ โทร. ๐๙๘-๑๙๖๕๗๙๑

คำอธิบาย :

งานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง งานวิชาการและองค์ความรู้ทางสุขภาพที่ดำเนินการ และเขียนผลงานตามเกณฑ์ทางวิชาการ ในจำนวน ๔ ประเภท คือ

๑. **งานวิจัย (Research)** หมายถึง การศึกษาค้นคว้าใหม่อีกครั้ง เพื่อตอบคำถามหรือปัญหา สงสัยที่ผู้วิจัย ต้องการคำตอบหรืออยากรู้ด้วยระเบียบวิธีวิจัย (Research Methodology) เป็นที่ยอมรับ เป็นสากล เชื่อถือได้ อ้างอิงได้ และอธิบายขั้นตอนการทำได้ตั้งแต่ขั้นตอนเริ่มต้นจนถึงขั้นตอนสุดท้าย ทั้งนี้ ให้รวมถึงงานวิจัยประเภทที่พัฒนามาจากงานประจำ (Routine to research –R๒R) โดยR๒R ให้ยึดกรอบ และเกณฑ์ของงานวิจัย R๒R ที่สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

๒. **นวัตกรรม (Innovation)** หมายถึง ความคิดการปฏิบัติ หรือสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมี ใช้มาก่อนหรือเป็นการพัฒนาตัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำ นวัตกรรมมาใช้จะช่วยให้การทำงานนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม

๓. **การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement Process : CQI)** หมายถึง การใช้กระบวนการทางวิทยาศาสตร์และความคิดสร้างสรรค์ในการปรับปรุงระบบงานเพื่อ ตอบสนองความต้องการของผู้รับผลงานอย่างไม่หยุดยั้งโดยมุ่งสู่ความเป็นเลิศ

๔. **การปฏิบัติที่ดี (Best Practice)** หมายถึง วิธีการทำงานที่ดีที่สุดในเรื่องนั้นๆซึ่งอาจจะเป็น ระบบบริหารเทคนิควิธีการต่างๆที่ทำให้ผลงานบรรลุเป้าหมายระดับสูงสุดดังนั้น Best Practice จึงไม่ใช่ เป็นแค่เพียงวิธีการทำงานที่ดีแต่เป็นการทำงานที่ดีกว่าหรือดีที่สุดในเรื่องซึ่งมีทั้งการทำงานในเชิงระบบบริหารและ เทคนิควิธีการต่างๆทำให้ผลงานนั้นบรรลุเป้าหมายสูงสุด

งานวิจัยสมุนไพร งานวิจัยการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก
หมายถึง การศึกษาค้นคว้าหาความรู้ เทคโนโลยีใหม่ ทฤษฎีใหม่ โดยแบ่งเป็นประเภทงานวิจัย เช่น งานวิจัยแบ่งตามผลประโยชน์ แบ่งตามจุดมุ่งหมาย แบ่งตามกระบวนการเก็บข้อมูล แบ่งตามคุณลักษณะ ข้อมูล จำนวนงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และ การแพทย์ทางเลือก รวมทั้งสมุนไพรเดี่ยวและตำรับ

การนำไปใช้ทางการแพทย์ หมายถึง มีการนำงานวิจัย/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและ พัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทยการแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

การนำไปใช้ทางการตลาด หมายถึง มีการนำงานวิจัย องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและ พัฒนา ด้านการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ไปพัฒนาต่อเป็นผลิตภัณฑ์ที่ขึ้น ทะเบียนได้ และ/หรือ อื่นๆ เพื่อส่งเสริมเศรษฐกิจและก่อให้เกิดรายได้

เกณฑ์เป้าหมาย :

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
จำนวนงานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (เรื่อง)	๑	๒	๓	๔	๕

วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อให้เกิดกระบวนการวิจัยแบบครบวงจรห่วงโซ่ถึงขั้นตอนการนำไปใช้ประโยชน์
๒. เพื่อต่อยอดและส่งต่องานวิจัยที่มีศักยภาพไปสู่การใช้ประโยชน์

แหล่งข้อมูล :

การสำรวจและดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายการวิจัย ในระดับอำเภอ

รายการข้อมูล :

A = จำนวนงานวิจัยสมุนไพรร/องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาและพัฒนาด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือก

สรุปผลการตนเองตามตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

อำเภอ จังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๑. อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๔	ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕			๐
๒. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน คลินิกหมอครอบครัวที่จัดบริการตาม หลักเกณฑ์คุณภาพของคลินิกหมอ ครอบครัว (Primary Care Cluster)	๕	ระดับ	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕			๐
๒.๑ ด้านกระบวนการ	๒	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			๐
๒.๒ ด้านผลลัพธ์ของการดำเนินงานของ ตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	๓	คะแนน	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			๐
๓. ร้อยละคะแนนของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว	๕									
๓.๑ ระดับความสำเร็จที่ดำเนินการตาม เกณฑ์การพัฒนาระดับ ๑-๕	๒	ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕			๐
๓.๒ ผลการประเมินรายหมวด จาก คะแนนประเมิน รพ.สต.ตัดดาว	๓	คะแนน	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕			๐
๔. ระดับความสำเร็จโรงพยาบาลที่ใช้ยา อย่างสมเหตุผลและมีการจัดการเชื้อดื้อยา ต้านจุลชีพ	๕									
๔.๑ การประเมินโรงพยาบาลที่ใช้ยา อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital)	๔	ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕			๐
๔.๒ การประเมินการจัดการเชื้อดื้อยา (AMR)	๑	ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕			๐
๕. ความสำเร็จของโครงการควบคุมวัณโรค ตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่ เฉพาะ	๗									
๕.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณ โรคปอดรายใหม่	๑	ร้อยละ	๗๗	๗๙	๘๑	๘๓	๘๕			๐
๕.๒ อัตราความครอบคลุมการรักษา (Treatment coverage)	๑	ร้อยละ	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐			๐
๕.๓ ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่ม เสี่ยง ๗ กลุ่มที่ต้องเฝ้าระวัง	๒	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐			๐

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๘.๒.๑ ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรก ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	๐.๒๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			๐
๘.๒.๒ ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	๐.๒๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			๐
๘.๒.๓ ร้อยละของทารกแรกเกิดมี น้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	๐.๕	ร้อยละ	๙	๘	๗	๖	๕			๐
๘.๒.๔ อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาด ออกซิเจน	๐.๒๕	อัตราต่อ ทารก เกิดพัน ราย	๒๕	๒๔	๒๓	๒๒	๒๑			๐
๘.๓ ความสำเร็จของการป้องกันภาวะ ขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารก แรกเกิด	๑.๕									
๘.๓.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับ วิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	๐.๒๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			๐
๘.๓.๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับ วิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	๐.๒๕									
- จากรายงานเฉพาะกิจ	๐.๑๒๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			๐
- สุ่มสัมภาษณ์	๐.๑๒๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			๐
๘.๓.๓ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณ ไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	๐.๕	ร้อยละ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐			๐
๘.๓.๔ ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อม ไทรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒ mU/L	๐.๕	ร้อยละ	๑๑	๙	๗	๕	๓			๐
๘.๔ ความสำเร็จของการพัฒนาเด็ก ปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน	๒.๒๕									
๘.๔.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มี พัฒนาการสมวัย	๐.๒	ร้อยละ	๙๐	๙๒.๕	๙๕	๙๗.๕	๑๐๐			๐
๘.๔.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	๐.๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			๐
๘.๔.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	๐.๒๕	ร้อยละ	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐			๐

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๑๐.๒.๑ อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			๐
๑๐.๒.๒ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			๐
๑๐.๒.๓ อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			๐
๑๐.๒.๔ อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			๐
๑๐.๓ อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤต (Level ๑ และ Level ๒) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	๑	อัตรา	๓๒	๒๗	๒๒	๑๗	๑๒			๐
๑๑. ร้อยละของผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์หยุดเสพต่อเนื่องและคงอยู่ในระบบการบำบัดครบ ๑ ปี	๕									
๑๑.๑ ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ Year)	๓	ร้อยละ	๑๖	๑๘	๒๐	๒๒	๒๔			๐
๑๑.๒ ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่าย (๓ month remission rate)	๒	ร้อยละ	๓๒	๓๔	๓๖	๓๘	๔๐			๐
๑๒. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการเงินการคลัง	๔									
๑๒.๑ ร้อยละคะแนนผลสำเร็จในการดำเนินการเงินการคลัง	๓	ร้อยละ คะแนน	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			๐
๑๒.๒ ร้อยละของคุณภาพระบบบัญชีหน่วยบริการผ่านเกณฑ์ที่กำหนดตามแบบประเมินระบบบัญชีทั้งหมด	๑	ร้อยละ	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕			๐
๑๓. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	๔	ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕			๐

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๑๔. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๔	ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕			๐
๑๕. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	๖									
๑๕.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ อัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๑									
๑๕.๑.๑ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕	๐.๖	ร้อยละ	๓.๐๕	๒.๘๐	๒.๕๕	๒.๓๐	๒.๐๕			๐
๑๕.๑.๒ อัตราากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	๐.๔	ร้อยละ	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐			๐
๑๕.๒ ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน ในระดับดีมากขึ้นไป	๑	ร้อยละ คะแนน	<๖๐	๖๐	๗๐	๘๐	๘๕			๐
๑๕.๓ ร้อยละคะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	๑	ร้อยละ	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐			๐
๑๕.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	๑									
๑๕.๔.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมได้	๐.๕	ร้อยละ	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐			๐
๑๕.๔.๒ ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมได้	๐.๕	ร้อยละ	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐			๐
๑๕.๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	๑	ร้อยละ	๘๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐			๐

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๑๕.๖ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตรา การลดลงของ eGFR <๔ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	๑	ร้อยละ	๔๖	๕๑	๕๖	๖๑	๖๖			๐
๑๖. ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม	๖									
๑๖.๑ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อย ละ ๘๐)	๔	ร้อยละ	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐			๐
๑๖.๒ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ปี ๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	๒	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐			๐
๑๗. ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอ จัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๕									
๑๗.๑ ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ อำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี	๓	ร้อยละ คะแนน	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐			๐
๑๗.๒ ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ อำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้าน การจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัด กรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	๒	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐			๐
๑๘. ร้อยละของประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป บริโภคยาสูบ และได้รับการติดตามบำบัด	๖									
๑๘.๑ ร้อยละการคัดกรองผู้สูบบุหรี่ ของประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป (ไม่น้อย กว่า ร้อยละ ๘๐)	๑	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			๐
๑๘.๒ ร้อยละความชุกประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ ๒๐.๘	๑	ร้อยละ	๒๑.๘	๒๑.๓	๒๐.๘	๒๐.๓	๑๙.๘			๐

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๑๘.๓ ร้อยละการติดตามและได้รับการ บำบัดผู้สูบบุหรี่ของประชากร อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไป (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๐)	๑	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			๐
๑๘.๔ ร้อยละของประชาชนผู้สูบบุหรี่เข้า ร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ	๑	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			๐
๑๘.๕ ร้อยละของประชาชนที่เลิกสูบบุหรี่ โดย อสม. ชักชวน	๒	ร้อยละ	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐			๐
๑๙. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๕									
๑๙.๑ ระดับความสำเร็จของการพัฒนา เมืองสมุนไพร	๒	ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕			๐
๑๙.๒ ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับ บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก	๒	รพท. (ร้อยละ ๔๐)	๖	๘	๑๐	๑๒	๑๔			๐
		รพช. (ร้อยละ ๔๐)	๑๖	๑๘	๒๐	๒๒	๒๔			๐
		รพ.สต. (ร้อยละ ๖๐)	๒๖	๒๘	๓๐	๓๒	๓๔			๐
๑๙.๓ จำนวนผลงานวิจัยสมุนไพรไทย และผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย การแพทย์แผน ไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก	๑	เรื่อง	๑	๒	๓	๔	๕			๐
รวม	๙๖									๐

ผู้รายงาน หน่วยงาน

ตำแหน่ง เบอร์ติดต่อ

รายงาน ณ วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๒

หมายเหตุ: ขอให้ส่งแบบประเมินตนเองภายในวันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๒ และ หากตัวชี้วัดใดไม่สามารถรายงานผลได้ เนื่องจาก
๑) เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ข้อมูลจากจังหวัด ๒) จัดเก็บข้อมูลไม่ทัน หรือ ๓) ตัวชี้วัดที่ต้องมีการประเมินเชิงคุณภาพ ฯลฯ ให้ระดับอำเภอใส่ค่าคะแนนที่ได้
เท่ากับ ๑ มาก่อน



คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ที่ ๑๓๗/ ๒๕๖๑

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑๙ ตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้องกับแผนงานหลักตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ ภายใต้ ๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ คือ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เป็นเลิศ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ : พัฒนาระบบบริการให้เป็นเลิศ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ : พัฒนาศักยภาพให้เป็นเลิศ และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : พัฒนาระบบบริหารให้เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล เพื่อวัดความสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุขระดับอำเภอในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

เพื่อให้กระบวนการวัดผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เกิดความเป็นธรรมในทุกอำเภอ และเพื่อให้การจัดทำคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดังรายนามต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย

- | | | |
|----------------------------|---|-------------------------|
| ๑. นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม | ประธาน |
| ๒. นายหัสชา เนือยทอง | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) | รองประธาน |
| ๓. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) | กรรมการ |
| ๔. นางรุ่งทิพย์ มั่นคง | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) | กรรมการ |
| ๕. นางวัฒนา นันทะแสน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) | กรรมการ |
| ๖. นายวัฒนะ ศรีวัฒนา | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านทันตสาธารณสุข) | กรรมการ |
| ๗. นายบุญถม ปาปะแพ | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) | กรรมการ |
| ๘. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข | กรรมการและเลขานุการ |
| ๙. นางสาวรัชนิภา จิตรากุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการและเลขานุการร่วม |
| ๑๐. นางสาวศุภานาถ รัตนดาตา | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | กรรมการและเลขานุการร่วม |

หน้าที่ความรับผิดชอบ

- กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อรองรับการประเมินผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข
- อำนวยการ ควบคุม และกำกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง ตามหลักวิชาการ และมีประสิทธิภาพ
- สนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการในการดำเนินงานและจัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

๒. คณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัด ประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประกอบด้วย

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	ประธาน
๒. นางแฉล้ม รัตนพันธุ์	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	กรรมการ
๓. นางสุธิดา คณะมะ	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔. นางศิริมา วิริยะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๖. นายบวร จอมพรธำ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวจตุจิต อินทร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๐. นางสาวศุภนาถ รัตนดาดา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

- ร่วมดำเนินการ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์กระบวนการวัดผลการประเมินและประเด็นปัญหาจากผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน
- ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นไปได้ของกระบวนการวัดผลการประเมิน โดยให้ความเป็นธรรมในทุกอำเภอ
- สนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในการดำเนินงาน เพื่อใช้ในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

๓. สำนักเลขานุการดำเนินงาน ประกอบด้วย

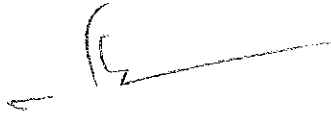
๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	ประธาน
๒. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๓. นางสาวศุภนาถ รัตนดาดา	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม
๔. นายสุเมธ ระโยธี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการและเลขานุการร่วม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. ร่วมดำเนินการ รวบรวมข้อมูล และประเด็นปัญหาจากคณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอจนแล้วเสร็จ
๒. จัดทำเอกสารคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ เพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๒ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ทั้งนี้ ให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้ง ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

ตั้ง ณ วันที่ ๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๑



(นายภาคิ ทรัพย์พิพัฒน์)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ที่ ๖๕/๒๕๖๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จำนวน ๑๙ ตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้องกับแผนงานหลักตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคามประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ - ๒๕๖๔ ภายใต้อายุทธศาสตร์ ๑๕ แผนงานหลัก ได้แก่ ๑) แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ) ทุกกลุ่มวัย ๒) แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๓) แผนงานการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ๔) แผนงานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ๕) แผนงานการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๖) แผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ๗) แผนงานการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ ๘) แผนงานการพัฒนาตามโครงการเฉลิมพระเกียรติและพื้นที่เฉพาะ ๙) แผนงานอุตสาหกรรมทางการแพทย์ ๑๐) แผนงานการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ๑๑) แผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ๑๒) แผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ๑๓) แผนงานการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ๑๔) แผนงานการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ ๑๕) แผนงานการปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ดังรายนามต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย

- | | | |
|---------------------------|---|----------------------------|
| ๑. นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม | ประธาน |
| ๒. นายหิสา น้อยทอง | นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) | รองประธาน |
| ๓. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) | กรรมการ |
| ๔. นางรุ่งทิพย์ มั่นคง | นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ) | กรรมการ |
| ๕. นายวัฒน์ ศรีวัฒนา | ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข) | กรรมการ |
| ๖. นางวัฒนา นันทะแสน | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) | กรรมการ |
| ๗. นายบุญถม ปาปะแพ | เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข) | กรรมการ |
| ๘. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า | หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข | กรรมการและเลขานุการ |
| ๙. นางสาวรัชนิภา จิตรากุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |
| ๑๐. นางสาวศุภนาถ รัตนดาตา | นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ | กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ |

หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อการรองรับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ด้านสาธารณสุข
๒. อำนวยการ ควบคุม และกำกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้อง ตามหลักวิชาการ และมีประสิทธิภาพ
๓. สนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการในการดำเนินงานและจัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

๒. คณะกรรมการจัดทำข้อมูลการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ และดำเนินการออกพื้นที่ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ประกอบด้วย

๑. นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	ประธาน
๒. นายหัสชา เนือยทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	รองประธาน
๓. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	กรรมการ
๔. นางรุ่งทิพย์ มั่นคง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)	กรรมการ
๕. นายวัฒน์ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)	กรรมการ
๖. นางวัฒนา นันทะแสน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ)	กรรมการ
๗. นายบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรชำนาญการพิเศษ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	กรรมการ
๘. นายวิทวัส ละอองทอง	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป	กรรมการ
๙. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นางแฉล้ม รัตนพันธุ์	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๑๒. นายประวัตติ แปลงมาลัย	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	กรรมการ
๑๓. นางวันเพ็ญ ต้นสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานนิติการ	กรรมการ
๑๔. นางสุธิตา คณะมะ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๑๕. นางโศภิตา จิตรวิกรานต์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	กรรมการ
๑๖. นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๗. นางเอมอร สุทธิสา	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	กรรมการ
๑๘. นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	กรรมการ
๑๙. นางเพชรวรรณ คุสกุลรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	กรรมการ
๒๐. นางสาวรัตนพร เสนาลาด	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๒๑. นางนิกุล ศรีทรัพย์	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	กรรมการ

๒๒. นายเกษียร นวนน่วม	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๒๓. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๒๔. นางสุมาลี ใหม่คามิ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒๕. นางอังคณา พรรณะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒๖. นางสาวอุจิต อินศร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒๗. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๒๘. นางอัมพร นาคสมบูรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๙. นายสุรศักดิ์ ปรงห้อย	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓๐. นายบวร จอมพรรษา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓๑. นางสุพรรณิ โสมาภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓๒. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓๓. นายสุรียา ชันทชาติ	แพทย์แผนไทย	กรรมการ
๓๔. นางสาวระพีพร คำเจริญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	กรรมการ
๓๕. นางสาวสิริมาพร นาคพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ
๓๖. นางสาวรัชนิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๓๗. นางสาวศุภานา รัตนดาตาศ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๓๘. นางสาวปวีณา เหลลาพล	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อจัดทำตัวชี้วัดและค่าน้ำหนักของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ในภาพรวมจังหวัด รวมทั้งระดับอำเภอ สำหรับใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒
๒. ชี้แจงเกณฑ์รายละเอียดตัวชี้วัดแต่ละตัวชี้วัดให้อำเภอทราบ และเตรียมการเพื่อรับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ
๓. เตรียมเอกสารรายงาน การประเมินผลการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดรายอำเภอ เพื่อใช้ประโยชน์ในการบริหารจัดการ และพัฒนาระบบงานต่อไป
๔. ออกประเมินผลการปฏิบัติราชการของระดับอำเภอ ตามตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลการปฏิบัติราชการในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ครอบคลุมครบทั้ง ๑๓ อำเภอ
๕. จัดทำรายงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดที่รับผิดชอบ เพื่อประกอบการจัดทำเอกสารสรุปผลการประเมินการปฏิบัติราชการ

๓. คณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัด ประกอบด้วย

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	ประธาน
๒. นางแฉล้ม รัตนพันธุ์	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	กรรมการ
๓. นางสุธิดา คณະมะ	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๔. นางศิริมา วิริยะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๕. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๖. นายบวร จอมพรรษา	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวอุจิต อินทร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางสาวปาริชาติ ปกิระณะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๑. นางสาวศุภานาถ รัตนดาตาศ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. ร่วมดำเนินการ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์กระบวนการวัดผลการประเมินและประเด็นปัญหาจากผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน
๒. ตรวจสอบความถูกต้องและความเป็นไปได้ของกระบวนการวัดผลการประเมิน โดยให้ความเป็นธรรมในทุกอำเภอ
๓. สนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในการดำเนินงาน เพื่อใช้ในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

๔. สำนักเลขานุการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	ประธาน
๒. นางสาวกมลชนก ใจยาว	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษาปฏิบัติงาน	กรรมการ
๓. นายสุเมธ ระโยธี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการ
๔. นางสาวปวีณา เหลลาพล	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	กรรมการ
๕. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๖. นางสาวศุภานาถ รัตนดาตาศ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
๗. นางสาวสิริมาพร นาคพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการ

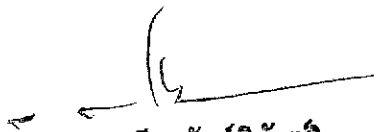
หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. ร่วมดำเนินการ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการประเมินและประเด็นปัญหาจากผู้ประเมินและผู้รับการประเมินจนแล้วเสร็จ

๒. จัดทำเอกสารสรุปผลการประเมิน เพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๒ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ทั้งนี้ ให้เจ้าหน้าที่ที่รับการแต่งตั้ง ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

ณ วันที่ ๑๖ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒


(นายภาศิ ทรัพย์พิพัฒน์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม