



คู่มือ

การประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

1 สุขภาพทุกกลุ่มวัย แม่และเด็ก ผู้สูงอายุ Health Literacy	4 พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ อสม. เป็นหมอครอบครัว ทีม PCC พชอ. รพ.สต. คัดดาว	โครงการพระราชดำริ
2 การควบคุมป้องกันวัณโรค	5 ลดแอ็ด ลตรอคอยในโรงพยาบาล จัดระบบบริการเพื่อลดความแอ็ด ห้องฉุกเฉินคุณภาพ	7 การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์
3 จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล/จัดการเชื้อดื้อยา(RDU & AMR)	6 Fast Track Stroke STEMI	9 องค์กรคุณภาพ HA PMQA องค์กรแห่งความสุข
		8 นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ สมุนไพร การนวดไทย และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ
		10 นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ (Initiative Management)

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. 27 กันยายน 2562



งานนิเทศงานและประเมินผล
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
โทรศัพท์ ๐ ๔๓๓/๗ ๗๘๑๑ โทรสาร ๐ ๔๓๓/๗ ๗๘๑๑

คำนำ

ด้วยกระทรวงสาธารณสุขและนโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้จัดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ครั้ง/ปี เพื่อเป็นการติดตามผลงาน การเปลี่ยนแปลง ยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติระดับอำเภอและระดับกลุ่มงาน โดยมีเครื่องมือคือ คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ซึ่งได้จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางและรายละเอียดในการประเมินผลการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๓ จะช่วยให้อำเภอได้เตรียมความพร้อมในการรับการประเมินตามตัวชี้วัด และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ประเมินระดับจังหวัด ให้การประเมินผลเป็นไปด้วยความเรียบร้อยมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการบริหารงานแบบมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน และคู่มือฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความร่วมมือของคณะผู้บริหารระดับสูง และคณะผู้ประเมินผลการปฏิบัติราชการของจังหวัดมหาสารคาม ที่รับผิดชอบตัวชี้วัดทุกท่าน คณะอนุกรรมการ ในระดับจังหวัดที่ได้ตรวจสอบและเสนอแนะในการทำรายละเอียดการวัด (Template) คณะผู้จัดทำหวังว่าคู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานทุกระดับในการนำไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป

คณะทำงาน

๑๐ เมษายน ๒๕๖๓

ที่ปรึกษา

คณะที่ปรึกษา

๑. นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๒. นายหัสชา เน้อยทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
๓. นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)
๔. นางรุ่งทิพย์ มั่นคง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)
๕. นายวิเชียร ฉกจจนโรดม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
๕. นายวัฒน์นะ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)
๗. นายบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)
๘. นายวิทวัส ละอองทอง	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
๙. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๑๐. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๑๑. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๑๒. นางวันเพ็ญ ต้นสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานนิติการ
๑๓. นางแฉล้ม รัตนพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๑๔. นางไศภิตา จิตรวีกรานต์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ
๑๕. นางเพชรวรรณ คุสกุลรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๑๖. นางนวลนิตย์ บุตรดีสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข
๑๗. นางสุธิดา คณมะ	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
๑๘. นายประวัตติ แปลงมาลัย	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
๑๙. นางเอมอร สุทธิสา	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๒๐. นายบวร จอมพรรษา	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ผู้รวบรวมรูปเล่มเอกสาร

๑. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๒. นางสาวรัชชนิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
๓. นางสาวศุภนาถ รัตนดาตาศ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๔. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
๕. นางสาวณัฐรญา ไชยคำภา	นักวิชาการสาธารณสุข

ออกแบบปก

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ๑. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล | นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ |
| ๒. นายสุเมธ ระโยธี | นักวิชาการคอมพิวเตอร์ |

งานนิเทศงานและประเมินผล

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๓๑๓ โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๐

โทรศัพท์ ๐ ๔๓๗๗ ๗๘๑๑ โทรสาร ๐ ๔๓๗๗ ๗๘๑๑

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนำ	ก
ที่ปรึกษา	ข
สารบัญ	ง
กรอบและหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ประจำปี ๒๕๖๓ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	๑
รายละเอียดตัวชี้วัด (Template) การประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	๒๘
ตัวชี้วัดที่	
๑ ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๒๙
๒ ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุ	๖๓
๓ ความสำเร็จของการสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	๖๗
๔ ความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๗๑
๕ ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด	๘๒
๖ ความสำเร็จของการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	๘๘
๗ ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	๙๔
๘ ร้อยละของ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	๙๙
๙ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๑๐๓
๑๐ ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	๑๐๖
๑๑ ความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	๑๓๓
๑๒ ความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)	๑๔๑
๑๓ ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๑๔๔
๑๔ ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร ระบบส่งต่อ และการป้องกันอุบัติเหตุจากจราจรทางถนน	๑๔๗
๑๕ ความสำเร็จของการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	๑๕๖
๑๖ ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	๑๖๑
๑๗ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๑๖๖
๑๘ ความสำเร็จของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตาม	๑๖๙
๑๙ ร้อยละคะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน	๑๗๔
๒๐ คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน Smart Hospital	๑๘๖
๒๑ ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	๑๙๒

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	เรื่อง	
๒๒	ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community – acquired	๒๑๓
๒๓	ความสำเร็จของการบำบัด รักษา ผู้ป่วยยาเสพติด	๒๑๘
๒๔	ความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๒๒๒
๒๕	ความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	๒๓๑
๒๖	ความสำเร็จของการตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	๒๓๗
๒๗	ความสำเร็จของการดำเนินงานบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๒๔๐
๒๘	ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม	๒๔๗
ภาคผนวก		๒๔๙
	แบบรายงานสรุปผลการตนเองตามตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ จังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (SAR)	๒๕๐
	คำสั่งคณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการอำเภอ (KPIs) ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ ๑๗/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๘ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓	๒๕๘
	คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ ๗๐/๒๕๖๓ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๖ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓	๒๖๑

กรอบและหลักเกณฑ์
การประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

กรอบและหลักเกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP)
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

งานนิเทศงานและประเมินผล
กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
๑๐ เมษายน ๒๕๖๓

หลักการและที่มา

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดให้มีการประเมินผลการปฏิบัติราชการ
หน่วยงานระดับอำเภอ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓
จำนวน ๑ ครั้ง/ปี ครอบคลุมทั้ง ๑๓ อำเภอ ในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม ๒๕๖๓ เพื่อติดตามการปฏิบัติงาน
ของหน่วยงานระดับอำเภอ และนำผลจากการประเมินเป็นข้อมูลในการพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่ง
ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการดังกล่าวจำเป็นต้องมีการกำหนดตัวชี้วัดเพื่อเป็นเครื่องมือวัดผลสำเร็จ
ในการปฏิบัติงาน โดยตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการนี้ สอดคล้องกับ ๑) แผนยุทธศาสตร์ชาติ
ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ๒) คำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๒ กระทรวงสาธารณสุข
๓) ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดและนโยบายของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และ
สอดคล้องกับการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓ และ ๔) ปัญหาจากการประเมินผลการปฏิบัติ
ราชการ ปี ๒๕๖๒ ที่มีคะแนน ไม่ผ่านเกณฑ์ รายละเอียด ดังนี้

๑. แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ และตัวชี้วัดการดำเนินงาน สาธารณสุขของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓

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 ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Prevention Promotion & Protection Excellence)

- ๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพที่ดี
- ๒) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันที
- ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ
- ๔) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน
- 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) ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ
- ๒) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพ และระหว่างทุกหน่วยบริการทุกระดับเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ
- ๓) มีการสร้างและพัฒนากลไกด้านการเงินการคลังสุขภาพ
- ๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ
- ๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัดอย่างเหมาะสม

แผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔
ที่ผ่านการเห็นชอบจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เมื่อวันที่ ๒๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๑. ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
๑. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มสตรีและเด็ก ปฐมวัย [#]	๑) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอด มาตรฐาน	๑๐๐	๑๐๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒) อัตราการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์	๘๕	๙๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๓) อัตราการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	๘๕	๙๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๔) ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริม ไอโอดีนธาตุเหล็กและโฟลิก	๑๐๐	๑๐๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๕) ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ไม่เกิน ร้อยละ ๖	ไม่เกิน ร้อยละ ๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๖) อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน ๒๑ ต่อพันการเกิดมีชีพ	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	**๗) อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อการเกิดมี ชีพแสนคน	ไม่เกิน ๑๗	ไม่เกิน ๑๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๘) ความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์ มาตรฐาน			
	**๘.๑) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการ สมวัย	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๖	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๘.๒) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัด กรองพัฒนาการ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๖	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๖	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๘.๓) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัด กรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๘.๔) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการ สงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๗	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	*๘.๕) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการ ล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TIDA๔1	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๙) ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วน (ร้อยละ ๖๓) ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี (ช.๑๑๓/ ญ.๑๑๒ ซม.)			กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	-ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมส่วน	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๒	
	-ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ ๕ ปี (ช.๑๑๓/ญ.๑๑๒ ซม.)	ช.๑๑๓ ซม. ญ.๑๑๒ ซม.	ช.๑๑๓ ซม. ญ.๑๑๒ ซม.	
	๑๐) ระดับความสำเร็จในการป้องกันหญิงตั้งครรภ์ และทารกแรกเกิดขาดสารไอโอดีน	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๐.๑) ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนใน ปัสสาวะน้อยกว่า๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	ไม่เกิน ร้อยละ ๕๐	ไม่เกิน ร้อยละ ๕๐	

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	๑๐.๒) ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมน กระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒ mU/L	ไม่เกิน ร้อยละ ๓	ไม่เกิน ร้อยละ ๓	
	๑๑) ร้อยละของการเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมด	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๒) ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านเกณฑ์ มาตรฐานแห่งชาติ	ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	ระดับดีมาก ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๒. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยเรียนและ วัยรุ่น	*๑๓) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	*๑๔) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๗	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๕) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๑๖) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานทันต สาธารณสุข
	*๑๗) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	ไม่เกิน ๓๔ ต่อพัน	ไม่เกิน ๓๒ ต่อพัน	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๘) ร้อยละของโรงเรียนพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ ด้านสุขภาพ (HLS)	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๑๙) ร้อยละของการตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นอายุ ๑๕- ๑๙ ปี	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๔	ไม่เกินร้อย ละ ๑๓.๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๓. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยทำงาน	๒๐) ร้อยละของวัยทำงานอายุ ๓๐-๔๔ ปี มีค่า ดัชนีมวลกายปกติ	ร้อยละ ๕๗	ร้อยละ ๕๘	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๔. โครงการพัฒนาและ สร้างเสริมศักยภาพคน ไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	*๒๑) ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการ ดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	**๒๒) ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์ [#]	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	**๒๓) ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ [#]	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒๔) อัตราของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ เพิ่มขึ้นหรือคงที่ (Healthy Ageing)	>๙๕.๘๗	>๙๕.๘๗	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
	๒๕) รพช. มีหน่วยบริการผู้สูงอายุ	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๕. โครงการพัฒนาความ รอบรู้ด้านสุขภาพของ ประชากร	**๒๖) อัตราความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องกิจกรรม ทางกายของประชาชนไทย [#]	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ				
๖. โครงการการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	**๒๗) ร้อยละอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มี คุณภาพ [#]	๗๐	๘๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
แผนงานที่ ๓ : การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
๗. โครงการพัฒนาระบบ การตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน และภัยสุขภาพ	*๒๘) ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉิน ทางสาธารณสุขของหน่วยงาน	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
๘. โครงการควบคุม โรคติดต่อ	๒๙) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการ ป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เชิงรุก	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๓๐) ร้อยละของเด็กและเยาวชนอายุ ๑๕-๒๔ ปี ที่มีการป้องกันตนเองโดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมี เพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	≥ ๗๐	≥ ๗๐	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๓๑) ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์โครงการสัตว์ ปลอดโรคคนปลอดภัยฯ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๓๒) ร้อยละของอำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๒ ของ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี และร้อยละ ๗๐ ของ ตำบลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ภายใน ๒ เท่าของระยะฟักตัว (๒๘ วัน)	อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐ และ ตำบล ร้อยละ ๗๐	อำเภอ ร้อยละ ๑๐๐ และ ตำบล ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
๙. โครงการควบคุมโรค ไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๓๓) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุ น้อยกว่า ๑๕ ปี	ไม่เกิน ๔.๖ ต่อแสน ปชก.	ไม่เกิน ๔.๖ ต่อแสน ปชก.	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๔) อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน [#]	ไม่เกิน ๒๐.๙ ต่อ ประชากร แสนคน	ไม่เกิน ๑๘.๗ ต่อ ประชากร แสนคน	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	***๓๕) อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม เสี่ยงเบาหวาน และอัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความ ดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน [#]			กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๕.๑) อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน	≤๑.๙๕	≤๑.๘๕	
	๓๕.๒) อัตรากลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	≥๕๐	≥๕๐	
	*๓๖) ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วย โรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง	DM≥ร้อยละ ๖๐/HT≥ ร้อยละ ๖๐	DM≥ร้อยละ ๗๐/HT≥ ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๗) โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพระดับดีเด่น	ระดับดีเด่น (ร้อยละ ๗๐)	ระดับดีเด่น (ร้อยละ ๑๐๐)	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๘) ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD clinic ในโรงพยาบาล	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๓๙) ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก [#]	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	๓๙.๑) ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม [#]	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	
	๔๐) ความชุกของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในประชากร อายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๕	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๕	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๔๑) ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๔๒) ร้อยละของอำเภอมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตร ที่มีอันตรายสูง ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลาง และภูมิภาค อย่างน้อยจังหวัดละ ๑ เรื่อง [#]	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
	**๔๓) ร้อยละของอำเภอมีระบบรับแจ้งข่าวการใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน) [#]	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
	**๔๔) ร้อยละของโรงพยาบาลมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) [#]	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
๑๐. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร	๔๕) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
๑๑. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	*๔๖) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงและสถานประกอบการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
	๔๗) ร้อยละของสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	๙๐	๙๐	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
	๔๘) ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนกิจกรรมส่งเสริมการใช้จ่ายปลอดภัยในชุมชน	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
	๔๙) ระดับความสำเร็จของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพระดับอำเภอที่มีความเข้มแข็งและปกป้องสิทธิประชาชนได้	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
แผนงานที่ ๔ : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม				
๑๒. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	*๕๐) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital	- รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๖๐	- รพ.ผ่านเกณฑ์ฯ ระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
		- รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับ ดีมาก Plus อย่างน้อย จังหวัดละ ๒ แห่ง	- รพ.ผ่าน เกณฑ์ฯ ระดับ ดีมาก Plus อย่างน้อย จังหวัดละ ๓ แห่ง	
	๕๑) โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการ ควบคุมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อด้วยระบบ Digital Infectious Control	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
๑๓. โครงการคุ้มครอง สุขภาพประชาชนจาก มลพิษสิ่งแวดล้อมใน พื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	*๕๒) จังหวัด/อำเภอที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยง จากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพตามเกณฑ์	อำเภอ ผ่านเกณฑ์ ระดับดี	อำเภอ ผ่านเกณฑ์ ระดับดีมาก	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
๒. ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)				
๑๔. โครงการพัฒนา ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	**๕๓) ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่#	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	**๕๔) ร้อยละของประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้ง ของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือ แพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพ ปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว#	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๕๕) ร้อยละของอำเภอที่มีระดับความสำเร็จในการ จัดการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพสำคัญของ จังหวัด ด้วยกลไก พชอ.และหมอครอบครัว ที่ เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย (๑) MCH/พัฒนาการและ IQ (๒) OV/CCA (๓) DM/HT/CKD (๔) CVD Risk)	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๕๖) ร้อยละของตำบลที่จัดการสุขภาพแบบบูรณา การ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด (โดยเน้น ๔ เรื่อง ประกอบด้วย (๑) MCH/พัฒนาการและ IQ (๒) OV/CCA (๓) DM/HT/CKD (๔) CVD Risk)	๘๕	๙๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๕๗) ร้อยละ อปท.จัดบริการสุขภาพ และสนับสนุน การดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตามเกณฑ์			กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๑. อปท.มีการจัดทำประชาคมปัญหาสุขภาพใน ท้องถิ่น ร้อยละ ๕๐ ของกองทุนทั้งหมดในอำเภอ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๒. กองทุนมีการอนุมัติแผนการใช้เงินกองทุน ประจำปี ภายในไตรมาส ๒	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	
	๓. กองทุนมีการอนุมัติโครงการตามแผนการใช้เงิน ภายในไตรมาส ๒	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	
	๔. ร้อยละ ๖๐ ของกองทุนทั้งหมด มีเงินคงเหลือ ภายในไตรมาส ๒	น้อยกว่า ร้อยละ ๓๐	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕	
	๕. อปท.โอนเงินสมทบเข้ากองทุนหลักประกัน สุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ภายในไตรมาส ๒	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	๖. กองทุนได้รับการประเมินจากทีมที่เลี้ยงระดับ อำเภอไตรมาส ๒-๓	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๕	น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	
	๗. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกองทุน หลักประกันสุขภาพ มีการบริหารจัดการ การ จัดบริการส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ ทันท สุขภาพ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ อบท. ได้อย่าง มีอัตลักษณ์ ร้อยละ ๕๐ ของกองทุนทั้งหมดใน อำเภอ	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	
	๘. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือกองทุน หลักประกันสุขภาพ มีการบริหารจัดการ NCD ได้ อย่างมีอัตลักษณ์ ร้อยละ ๕๐ ของกองทุนทั้งหมด ในอำเภอ	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	
	๙. กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือ พื้นที่ มีโครงการที่เกี่ยวกับการเข้าถึงบริการ สาธารณสุขของพระสงฆ์ ไม่น้อยกว่าอำเภอละ ๑ กองทุน	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๑๐. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการตาม Care plan ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๑๑. ผู้สูงอายุได้รับการบันทึก ADL เมื่อครบ ๙ เดือน ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
	๑๒. ผู้สูงอายุได้รับการบันทึก ADL มีคะแนนดีขึ้น ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๓๐	
	๕๗.๑) ร้อยละ อบท. จัดบริการสุขภาพ และ สนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตาม เกณฑ์ (ด้านบริการการแพทย์ฉุกเฉิน)	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๕๗.๒) ร้อยละ อบท. จัดบริการสุขภาพ และ สนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตาม เกณฑ์ (ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	๕๗.๓) ร้อยละ อบท. จัดบริการสุขภาพ และ สนับสนุนการดำเนินงานปฐมภูมิและชุมชนตาม เกณฑ์ (ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ)	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
	๕๘) ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพ ช่องปากที่มีคุณภาพและอัตราการใช้บริการ สุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ อำเภอ			กลุ่มงานทันต สาธารณสุข
	๕๘.๑) ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการ สุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ ครบทั้ง ๒ องค์ประกอบ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕	
	๕๘.๒) อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของ ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบอำเภอ	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๓๘	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐	
๑๕. โครงการพัฒนา เครือข่ายกำลังคนด้าน สุขภาพ และ อสม.	**๕๙) ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการ ดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี [#] **๖๐) จำนวน อสม. ที่ได้รับการพัฒนาเป็น อสม. หมอประจำบ้าน [#]	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
		๘๐,๐๐๐ คน	รอกะทรวง ประกาศ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
		(ทั้งประเทศ)		
	๖๑) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๖๒) อาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพและเป็นแกนนำในการดูแล สุขภาพครอบครัว	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
๑๖. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	***๖๓) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรค ความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ [#]			กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๖๓.๑) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถ ควบคุมได้	≥๔๐	≥๔๐	
	๖๓.๒) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ สามารถควบคุมได้	≥๕๐	≥๕๐	
	๖๔) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อ โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	≥๘๗.๕	≥๙๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๖๕) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม [#]	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	น้อยกว่า ร้อยละ ๗	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๑๗. โครงการพัฒนา ระบบบริการโรคติดต่อ โรค อุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	**๖๖) อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอด รายใหม่ [#]	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	**๖๗) ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณ โรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ≥ ร้อยละ๘๒.๕ ของค่าคาดประมาณ จำนวนผู้ป่วยวัณโรค [#]	≥ ร้อยละ ๘๒.๕	≥ ร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
๑๘. โครงการป้องกันและ ควบคุมการดื้อยาต้านจุล ชีพและการใช้ยาอย่าง สมเหตุสมผล	**๖๘) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสม เหตุผล (RDU) [#]	RDU ชั้นที่ ๒ ๘๐% RDU ชั้นที่ ๓ ๒๐%	RDU ชั้นที่ ๓ ๘๐%	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	**๖๙) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการ การดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) [#]	การติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๐	การติดเชื้อ AMR ลดลง ๕๐% จาก baseline ปี ๒๕๖๐	
๑๙. โครงการพัฒนาศูนย์ ความเป็นเลิศทาง การแพทย์	*๗๐) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลงร้อย ละ ๑๐	ลดลงร้อย ละ ๑๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๐. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาทารกแรกเกิด	*๗๑) อัตราตายทารกแรกเกิด	< ๒.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรก เกิดมีชีพ	< ๒.๕ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรก เกิดมีชีพ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๑. โครงการพัฒนา ระบบการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) และ การดูแลผู้ป่วยกึ่ง	๗๒) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบ ประคับประคอง (Palliative Care) ตามเกณฑ์	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	*๗๓) ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการ อาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วย	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
เฉียบพลัน	ประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ			
๒๒. โครงการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ แผนไทย	***๗๔) ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับ บริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือก #	๑๙.๕	๑๙.๕	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
๒๓. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและ จิตเวช	*๗๕) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต	≥ร้อยละ ๖๕	≥ร้อยละ ๗๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	*๗๖) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ตัวชี้วัดย่อย : ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่ กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี	≤ ๖.๐ ต่อ แสน ปชก.	≤ ๖.๐ ต่อ แสน ปชก.	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๒๔. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก (สูตินารีเวช ศัลยกรรม อายุรกรรม กุมารเวชกรรม และ ออโรโอบิดิกส์)	***๗๗) อัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อใน กระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาลชนิด community acquired sepsis น้อยกว่าร้อยละ ๒๔ ในกลุ่มผู้ป่วย [รวม ผู้ป่วยที่ขอไปเสียชีวิตที่บ้าน และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z ๕๑.๕)] และน้อยกว่าร้อยละ ๔๘ ในกลุ่มผู้ป่วย hospital-acquired sepsis#	< ร้อยละ ๒๔/๔๘	< ร้อยละ ๒๔/๔๘	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	*๗๘) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M ๑ ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออโรโอบิดิกส์เพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๑๐๐ (๑ แห่ง)	ร้อยละ ๑๐๐ (๑ แห่ง)	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๗๙) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๗๙.๑) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่มีภาวะกระดูกหักซ้ำ (Refracture)	< ร้อยละ ๒๕	< ร้อยละ ๒๐	
	๗๙.๒) ร้อยละของผู้ป่วย Capture the fracture ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน ๗๒ ชั่วโมง หลังจากได้รับ การรักษาในโรงพยาบาล (Early surgery)	>ร้อยละ ๕๐	>ร้อยละ ๕๐	
๒๕. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	๘๐) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	**๘๑) อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย เฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษามา มาตรฐานเวลาที่กำหนด#	อัตราตาย ไม่ เกินร้อยละ ๙ การรักษา ร้อยละ ๕๐	อัตราตาย ไม่ เกินร้อยละ ๘ การรักษา ร้อยละ ๖๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๘๒) อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	๒๕	๒๔	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๖. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	*๘๓) ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการ รักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๘๔) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	๒๕.๓	๒๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๘๕) อัตราตายจากมะเร็งปอด	๑๙.๙	๑๙.๖	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๒๗. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	*๘๖) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง ของ eGFR < ๕ mL/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	≥ ๖๖ %	≥ ๖๖ %	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๒๘. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	*๘๗) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๒๙. โครงการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	*๘๘) อัตราส่วนของผู้ป่วยที่ยินยอมบริจาค อวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วย เสียชีวิตในโรงพยาบาล	๑.๐ : ๑๐๐	๑.๐ : ๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
***๓๐. โครงการพัฒนา ระบบการบำบัดรักษา ผู้ป่วยยาเสพติด [#]	*๘๙) ร้อยละผู้ป่วยยาเสพติด ที่บำบัดครบตาม เกณฑ์ที่กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate ๑ year)	๕๐	๕๕	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๙๐) ร้อยละของผู้ใช้และผู้เสพที่บำบัดครบตาม เกณฑ์ที่กำหนดของแต่ละระบบหยุดเสพต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากการบำบัด ๓ เดือน (๓ month remission rate)	๔๒	๔๔	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	*๙๑) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อ ความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและ ติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
๓๑. โครงการพัฒนา ระบบบริการดูแลระยะ กลาง (Intermediate Care)	*๙๒) ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ใน จังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง แบบ ผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๓๒. โครงการพัฒนา ระบบบริการ one day surgery	*๙๓) ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด One Day Surgery	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๓๓. โครงการกัญชาทาง การแพทย์ [#]	**๙๔) จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทาง การแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทย	๓ แห่ง (รพ.มค./ รพ.บรบือ/ รพ.เขียงยืน	๓ แห่ง (รพ.มค./ รพ.บรบือ/ รพ.เขียงยืน	๑) กลุ่มงานพัฒนา คุณภาพและรูปแบบ บริการ และ ๒) กลุ่ม งานแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
***๓๔. โครงการพัฒนา ระบบบริการการแพทย์ ฉุกเฉินครบวงจรและ ระบบการส่งต่อ [#]	๙๕) อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมงในโรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป (ทั้งที่ ER และ Admit)	ร้อยละ ๘	ร้อยละ ๖	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๙๖) อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ใน โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ระดับ A, S, M๑	น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒	น้อยกว่า ร้อยละ ๑๒	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๙๖.๑) อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มี ข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๖๐	

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	๙๗) ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	๑๐๐	๑๐๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	๙๘) ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	๑ แห่ง	๑ แห่ง	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	**๙๙) จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉิน ระดับ ๔ และ ๕ (Non trauma) ลดลง	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
	*๑๐๐) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน	>ร้อยละ ๒๔	>ร้อยละ ๒๔	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริ โครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ				
๓๕. โครงการ พระราชดำริ โครงการ เฉลิมพระเกียรติ และ โครงการพื้นที่เฉพาะ	***๑๐๑) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการ เฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี	จำนวน ๗๐ ตำบล (๕๒.๖๓%)	จำนวน ๙๐ ตำบล (๖๗.๖๗%)	กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ
	๑๐๑.๑ ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้า ระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี มาตรการส่งเสริมสุขภาพ (มีการ สร้างบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูล มาตรฐานกรมอนามัย)	๓ แห่ง	๓ แห่ง	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย
	๑๐๒) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานควบคุมโรค ไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด
แผนงานที่ ๙ อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย				
๓๖. โครงการพัฒนาการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและ การแพทย์	***๑๐๓) ระดับความสำเร็จของการพัฒนาเมือง สมุนไพร	ระดับ ๕	ระดับ ๕	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
	**๑๐๔) ร้อยละที่เพิ่มขึ้นของรายได้จากการ ท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์ แผนไทย	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕	๑) กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก และ ๒) กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
๓. ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)				
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
๓๗. โครงการผลิตและ พัฒนากำลังคนด้าน สุขภาพสู่ความเป็นมือ อาชีพ	*๑๐๕) ร้อยละของเครือข่ายบริการ (CUP) ที่มีการ บริหารจัดการระบบการสรรหาและพัฒนาากำลังคน ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ขึ้นไป ทั้ง ๕ องค์ประกอบ ร้อยละ ๘๐	ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ขึ้นไป ทั้ง ๕ องค์ประกอบ ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล
	๑๐๖) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตาม เกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ๙๐ ของ เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๕ ของ เป้าหมาย	กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล
๓๘. โครงการบริหาร จัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๑๐๗) ร้อยละของหน่วยงานสาธารณสุขที่มี บุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔. ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)				
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
๓๙. โครงการประเมิน คุณธรรม ความโปร่งใส และบริหารความเสี่ยง	*๑๐๘) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	๑๐๙) ร้อยละของการจัดซื้อจัดจ้างของยาเวชภัณฑ์ ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
	๑๑๐) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวง สาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการ ควบคุมภายใน	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	***๑๑๑) ร้อยละของอำเภอที่ออกตรวจสอบ ภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด [#]	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
	๑๑๒) ร้อยละของเรื่องร้องเรียนร้องทุกข์ที่ได้รับการ ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด (๔๕ วัน)	๙๕	๑๐๐	กลุ่มงานนิติการ
๔๐. โครงการพัฒนา องค์กรคุณภาพ	**๑๑๓) ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการใน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด [#]	สสจ. ร้อยละ ๑๐๐ สสอ. ร้อยละ ๑๐๐	สสจ. ร้อยละ ๑๐๐ สสอ. ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	**๑๑๔) ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓ [#]			กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของ โรงพยาบาลทั่วไป	๑๐๐%	๑๐๐%	
	๒. ร้อยละ ๘๐ ในโรงพยาบาลชุมชน	๙๐%	๙๐%	
	**๑๑๕) ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การ พัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว [#]	๘๕	๑๐๐	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๔๑. โครงการ Happy MOPH กระทรวง สาธารณสุข กระทรวง แห่งความสุข [#]	**๑๑๖) จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ มาตรฐาน	รพท./สสจ. อย่างน้อย ๑ แห่ง -รพช./สสอ. ร้อยละ ๑๐	รพท./สสจ. อย่างน้อย ๒ แห่ง -รพช./สสอ. ร้อยละ ๑๕	กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล
	๑๑๗) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happinometer) ไปใช้	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ				
๔๒. โครงการพัฒนา ระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสุขภาพ แห่งชาติ (NHIS)	๑๑๘) ข้อมูลการตายที่ไม่ทราบสาเหตุของจังหวัด น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	*๑๑๙) ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ข้อมูล	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๒๐) ข้อมูลบริการสุขภาพ : คุณภาพเวชระเบียน และการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกมีความถูกต้อง ครบถ้วน มากกว่าร้อยละ ๘๐	มากกว่า ร้อยละ ๘๐	มากกว่า ร้อยละ ๘๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๒๑) ระดับความสำเร็จในการพัฒนางาน เวชระเบียนผู้ป่วยใน	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	ระดับ ๕ ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานประกันสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
๔๓. โครงการพัฒนา สุขภาพด้วยเศรษฐกิจ ดิจิทัล (Digital Economy)	๑๒๒) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและ ตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๒๓) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ตนเองได้ (Personal Health Record)	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
๔๔. โครงการ Smart Hospital [#]	**๑๒๔) ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	รพท./รพช. ทุกแห่ง	รพท./รพช. ทุกแห่ง	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	**๑๒๔.๑) รพ. มีระบบนัดและคิวออนไลน์			
	**๑๒๕) จำนวน รพ. มีระบบรับยาที่ร้านยา	๑ แห่ง	๑ แห่ง	กลุ่มงานคุ้มครอง ผู้บริโภคและเภสัช สาธารณสุข
แผนงานที่ ๑๓ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ				
๔๕. โครงการบริหารจัดการ ด้านการเงินการคลัง	***๑๒๖) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน [#]	ไม่มีระดับ ๗ ในไตรมาส ๔	ไม่มีระดับ ๗ ในไตรมาส ๔	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๑๒๖.๑) ร้อยละของโรงพยาบาลที่จัดซื้อวัสดุ วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่อง อัตโนมัติในราคาต่อการรายงานผล	อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐	อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๑๒๖.๒) ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานศูนย์ จัดเก็บรายได้ในหน่วยบริการ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
	๑๒๗) คุณภาพระบบบัญชีของหน่วยบริการ	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ				
๔๖. โครงการพัฒนา งานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพและ เทคโนโลยีทางการแพทย์	๑๒๘) ร้อยละผลงานวิจัย/R&D ด้านสุขภาพที่ให้ หน่วยงานต่างๆนำไปใช้ประโยชน์	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๒๙) ร้อยละของงบประมาณด้านการวิจัยและ พัฒนา ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑.๕ ของงบประมาณ ทั้งหมด	ร้อยละ ๑.๕	ร้อยละ ๑.๕	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	*๑๓๐) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยี สุขภาพหรือพัฒนา ต่อยอดการให้บริการด้าน สุขภาพ	CUP ละ ๕ เรื่อง	CUP ละ ๕ เรื่อง	กลุ่มงานพัฒนา ยุทธศาสตร์สาธารณสุข
	๑๓๑) จำนวนงานวิจัยสมุนไพรร/งานวิจัยการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่นำมาใช้จริง ทางการแพทย์หรือการตลาด	อำเภอละ ๕ เรื่อง	อำเภอละ ๕ เรื่อง	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
แผนงานที่ ๑๕ : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ				
๔๗. โครงการปรับ โครงสร้างและพัฒนา กฎหมายด้านสุขภาพ	*๑๓๒) ร้อยละของการบังคับใช้กฎหมายที่ กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญเป็นไปตาม กฎหมาย ((๑) พรบ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ.๒๕๕๑ (๒) พรบ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐ (๓) พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ (๔) พรบ.อาหาร พ.ศ.๒๕๒๒ (๕) พรบ.ยา พ.ศ. ๒๕๑๐ และที่แก้ไขเพิ่มเติม)	๑๐๐	๑๐๐	กลุ่มงานนิติการ
	๑๓๒.๑) ร้อยละของการบริหารสัญญารับ ทุนการศึกษาและสัญญาการศึกษาเป็นไปตาม ขั้นตอนภายในระยะเวลาที่กำหนด	๙๕	๑๐๐	

ยุทธศาสตร์ แผนงาน โครงการ ของแผน ยุทธศาสตร์ระบบ สุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔	ตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์ระบบสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ปี ๒๕๖๓-๒๕๖๔ (V.๔ : ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๒)	เกณฑ์เป้าหมาย		กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบตัวชี้วัด
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	
	๑๓๒.๒) ร้อยละของเรื่องสืบหาหลักทรัพย์ตามคำ พิพากษา คำสั่ง ได้ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด	๙๕	๑๐๐	

หมายเหตุ

๑. * หมายถึง ตชว.กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
๒. ** หมายถึง PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
๓. *** หมายถึง PA จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓
๔. ตัวเอน หมายถึง ตชว.ที่ปรับข้อความให้สอดคล้องกับ ตชว.กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
๕. ชิดเส้นใต้ หมายถึง ตชว.ที่จังหวัดเพิ่มขึ้นใหม่ในปี ๒๕๖๓ (๒๘ ต.ค. ๒๕๖๒)
๖. # หมายถึง โครงการ/ตัวชี้วัด ที่ นพ.สสจ.มค. กำหนดเป็น KPI ประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (กำหนดเมื่อ
วันที่ ๒๘ ต.ค. ๒๕๖๒)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้รับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (ระดับอำเภอ) มีความรู้ ความเข้าใจแนวทาง และรายละเอียด การประเมินผลการปฏิบัติราชการที่ตรงกัน และตรงกับกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ

๒. เพื่อให้ผู้รับการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ มีความพร้อมในการรับการประเมินผล และเตรียมเอกสารหลักฐานตัวชี้วัดตามแนวทางการประเมินผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงได้มอบหมายให้ทุกกลุ่มงานจัดทำรายละเอียด ตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี งบประมาณ ๒๕๖๓ เพื่อนำไปประกอบการบริหารจัดการ งานสาธารณสุข/บริหารงานบุคคลของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และได้จัดทำกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ เพื่อจัดสรรสิ่งจูงใจและสร้างขวัญกำลังใจให้ระดับ อำเภอ โดยให้สอดคล้องกับคำรับรองการปฏิบัติราชการของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓ ดังนี้

กระบวนการจัดทำตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

๑) การคัดเลือกตัวชี้วัดจากที่ประชุมคณะกรรมการบริหารสาธารณสุข (กบห.) ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ ในวันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๓

๒) การประชุมคณะทำงานการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปี ๒๕๖๓ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ เพื่อพิจารณาคำนำ้หนักตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ในวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๓

๓) การพิจารณานำ้หนักตัวชี้วัดโดยผ่านการเห็นชอบจากท่านนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในวันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๖๓

๔) การประชุมพิจารณารายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ของคณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ ๑๗/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๓ ให้กับผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด ในวันที่ ๒๙-๓๐ มกราคม ๒๕๖๓ และวันที่ ๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

๕) การนำเสนอตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ เพื่อขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (กวป.) ประจำเดือนมกราคม ๒๕๖๓ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๓ ในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓ และทำการจับสลากวันที่ออกประเมินโดยผู้บริหารระดับ CUP

๖) การประชุมตรวจสอบรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ของหัวหน้ากลุ่มงานและผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามประธานการประชุม) ในวันที่ ๑๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ที่ห้องประชุมทัพบก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

๓) การประชุมชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) ของการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ให้ระดับอำเภอผ่านระบบ VDO Conference ในวันที่ ๒๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ที่ห้องประชุมทัพบก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. หลักการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑.๑ เกณฑ์การคัดเลือกตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs) ปี ๒๕๖๓ นำหนัก ร้อยละ ๙๖

โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาการคัดเลือกตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ นำหนักร้อยละ ๙๖ และน้ำหนักคะแนนรางวัล ร้อยละ ๔ โดยตัวชี้วัดทั้งหมดสอดคล้องกับ (๑) คำรับรองการปฏิบัติราชการ (PA) ปี ๒๕๖๓ ของกระทรวงสาธารณสุข (๒) ตัวชี้วัดที่เป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของจังหวัด และนโยบายสำคัญของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามที่ได้กำหนดให้เป็น PA ของระดับจังหวัด และสอดคล้องกับการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓

ตารางที่ ๑ จำนวนและค่าน้ำหนักตัวชี้วัด ของการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๕๖-๒๕๖๓

ปีงบประมาณ	๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
จำนวนตัวชี้วัด	๓๓	๔๘	๔๐	๔๔	๓๗	๒๐	๑๙	๒๘
ตัวชี้วัด (KPIs) (ร้อยละ)	๙๕	๙๕	๙๕	๙๖	๙๖	๙๖	๙๖	๙๖
ผลงานเด่น (ร้อยละ)	๕	๕	๕	๔	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 | ๔.๐ |
| ๓) ผลงานด้านสาธารณสุขอื่นๆ | น้ำหนัก ๑.๐ |

หมายเหตุ รางวัลดีเด่น/รางวัลยอดเยี่ยม/รางวัลดีเยี่ยมจากการประกวด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ รางวัลที่ ๑ โดยคะแนนแต่ละระดับจะไม่ขึ้นตรงต่อกัน

โดยผลงานรางวัลจะใช้ข้อมูลรางวัลระหว่างวันที่ ๑๖ กันยายน ๒๕๖๒-๑๕ กันยายน

๒๕๖๓ เกณฑ์การให้คะแนนรางวัล คือ (๑) ต้องได้รับรางวัลจากการประกวดระดับประเทศ/ภาค/เขต/จังหวัดเท่านั้น (๒) เอกสารที่จะต้องแนบให้คณะกรรมการพิจารณา คือ หนังสือการประกวด/ใบประกาศ/เกียรติบัตร/โล่รางวัล

ส่วนรางวัลที่คณะกรรมการระดับจังหวัดได้มีมติที่ประชุมจะไม่พิจารณาให้คะแนน คือ (๑) รางวัลที่ไม่ได้ผ่านการประกวดทุกระดับ (ยกเว้นมีหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ให้หน่วยงานในควบคุมกำกับทุกระดับส่งผลงาน/วิชาการ เพื่อประกวดในระดับที่สูงขึ้นไปจากระดับจังหวัด โดยไม่ผ่านการประกวดในระดับจังหวัด ซึ่งผลการประกวดนั้นต้องแนบพร้อมกับหนังสือสั่งการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ในเรื่องนั้นๆจึงจะมีผลต่อการให้คะแนนได้) (๒) รางวัลที่เป็นตัวแทนของจังหวัด/เขต/ประเทศที่ไม่ผ่านการประกวด และ (๓) รางวัลการผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๑.๓ รูปแบบวิธีการประเมิน

ภาคเช้า เวลา ๐๙.๐๐น. - ๑๒.๐๐น. - จับสลากลงพื้นที่ รพ.สต. จำนวน ๑ แห่ง เพื่อเป็นตัวแทนในการประเมิน ผู้ประเมินทำการเก็บข้อมูล/ประเมินผลตามตัวชี้วัดและลงพื้นที่ตรวจประเมิน รพ.สต. จำนวน ๑ แห่ง ที่เป็นตัวแทนรับการประเมิน (โดยวิธีการจับสลากโดยสุ่ม ๑ แห่งจากทั้งหมดที่ไม่เคยรับ การประเมินช่วง ๓ ปี ที่ผ่านมา (๒๕๖๐-๒๕๖๒)) โดยกลุ่มเป้าหมายผู้เข้าร่วมประชุม คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล, สาธารณสุขอำเภอ, และผู้รับผิดชอบงานตามตัวชี้วัดระดับ CUP ร่วมกับการนิเทศงานสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๓ รอบที่ ๒/๒๕๖๓

ภาคบ่าย เวลา ๑๓.๐๐น. - ๑๖.๓๐น. - CUP นำเสนอผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด ใช้เวลา ๑๐-๑๕ นาที และผู้ประเมินสรุปข้อมูลผลการประเมิน และนำเสนอให้ CUP ได้รับทราบผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

ตารางที่ ๒ รายละเอียด รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ย้อนหลัง ๕ ปี (๒๕๕๘-๒๕๖๒)

ลำดับ	ชื่ออำเภอ	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑	เมืองมหาสารคาม	โคกบัวค้อ	โคกก่อ	ห้วยแอ่ง	เขวา	ดอนหว่าน
๒	แกดำ	ตาหลุง	เหล่าจั่น	ป่าข้าง	วังแสง	หนองบัว
๓	โกสุมพิสัย	เลิงใต้	แห่ใต้	ดอนกลาง	วังยาว	หนองสระพัง
๔	กันทรวิชัย	หนองอุ่ม	ยาง	เปลือยน้	มะกอก	กุดไล่จ้อ
๕	เชียงยืน	หนองกุง	ชื่นชม	เสื่อเผา	หนองบุญชู	แบก
๖	บรบือ	ดอนบม	ดงมัน	เหล่าตามา	เหล่ายาว	หนองโก
๗	นาเชือก	ปลาขาว	สำโรง	หนองสระ	หนองโพธิ์	หนองม่วง
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	ดงยางน้อย	แก่นท้าว	โนนม่วง	หนองแก	ดงยางน้อย
๙	วาปีปทุม	ประชาพัฒนา	หนองไผ่	ดงใหญ่	บ้านโนน	หัวนาไทย
๑๐	นาคูน	หัวดง	เหล่าจั่น	ดอนคู้	ดงยาง	โพธิ์ทอง
๑๑	ยางสีสุราช	ดงจาน	หนองบัวสันต	ดงแคน	เหล่าหมากคำ	หนองแวง
๑๒	กุดรัง	-	-	ห้วยแคน	หนองแสง	นาโพธิ์
๑๓	ชื่นชม	-	-	โคกกลาง	ดอนสวรรค์	หนองกุง

๑.๔ กำหนดวันที่ออกประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ โดยผู้บริหาร CUP ได้ทำการจับสลากวันที่ออกประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ในวันประชุม กวป.เดือนมกราคม ๒๕๖๓ (วันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓)

ตารางที่ ๓ ตารางการออกประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (CUP) ประจำปี ๒๕๖๓

ลำดับ	วันที่	อำเภอ
๑	๔ สิงหาคม ๒๕๖๓	เมืองมหาสารคาม
๒	๕ สิงหาคม ๒๕๖๓	นาคูน
๓	๖ สิงหาคม ๒๕๖๓	ชื่นชม
๔	๗ สิงหาคม ๒๕๖๓	พยัคฆภูมิพิสัย
๕	๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๓	เชียงยืน
๖	๑๓ สิงหาคม ๒๕๖๓	นาเชือก
๗	๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๓	ยางสีสุราช
๘	๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๓	วาปีปทุม
๙	๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๓	โกสุมพิสัย
๑๐	๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๓	กุดรัง
๑๑	๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓	บรบือ
๑๒	๒๕ สิงหาคม ๒๕๖๓	กันทรวิชัย
๑๓	๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓	แกดำ

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

- SAR ผลงานรอบ ๙ เดือน (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓-๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓) ภายในวันที่ ๓ สิงหาคม ๒๕๖๓ และขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือที่อำเภอจะต้องเตรียม คือ เพิ่มสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดพร้อมเอกสารสำหรับการประเมินไว้ภายในห้องประชุม 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) นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข ชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑-๖๗๐ ๗๔๖๐ , ๐๔๓-๗๗๗๘๑๑ , ๐๔๓-๗๗๗๘๗๒ ต่อ ๓๑๓

(๒) นางสาวศุภนาถ รัตนดาตาศ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ ๐๘๕-๕๕๑๔๓๔๓ , โทรศัพท์ ๐๔๓-๗๗๗๘๑๑ โทรสาร ๐๔๓-๗๗ ๗๘๗๐ , ๐๔๓-๗๗๗๘๑๑

(๒) นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ ๐๘๕-๖๐๙๑๑๐๑ , โทรศัพท์ ๐๔๓-๗๗๗๘๑๑ โทรสาร ๐๔๓-๗๗ ๗๘๗๐ , 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 ๒๕๖๓ 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 ๒๕๖๓ และกำหนดแนวทางพัฒนาในปีถัดไป	๑๐
	รวมคะแนนประเมิน	๑๐๐

โดยการประเมินอำเภอมีการให้น้ำหนักคะแนนจาก (๑) เกณฑ์ผลการดำเนินงานตามแผนและเทียบเป้าหมายที่กำหนด และ (๒) เกณฑ์ประเมินจากการเยี่ยมเสริมพลังในสัดส่วน ๕๐ : ๕๐

๒. **น้ำหนักตัวชี้วัดการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) ปีงบประมาณ ๒๕๖๓**
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ตารางที่ ๓ ชื่อตัวชี้วัดและน้ำหนักการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (KPIs) ปี ๒๕๖๓

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก
๑	ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๗
	๑.๑ ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา	๑.๕
	๑.๒ ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอดคุณภาพ	๑
	๑.๓ ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด	๑.๕
	๑.๔ ความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน	๓
๒	ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มผู้สูงอายุ	๕
	๒.๑ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๓
	๒.๒ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๒
๓	ความสำเร็จของการสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	๔
๔	ความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๓
๕	ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด	๕
๖	ความสำเร็จของการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	๒
	๖.๑ ความสำเร็จด้านกระบวนการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	๑
	๖.๒ ความสำเร็จด้านผลลัพธ์การดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	๑
๗	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	๓
๘	ร้อยละของ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	๒
๙	ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๔
	๙.๑ Door to Refer	๒
	๙.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๑
	๙.๓ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ	๑
๑๐	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	๕
	๑๐.๑ อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๑
	๑๐.๒ อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ ๘	๐.๕
	๑๐.๓ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	๐.๕
	๑๐.๔ ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ	๑.๕
	๑๐.๕ : ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๑.๕
๑๑	ความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	๔

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก
๑๒	ความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)	๑
๑๓	ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และให้การ รักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓
	๑๓.๑ Door to needle	๑
	๑๓.๒ Onset to Needle	๒
๑๔	ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร ระบบส่งต่อ และการ ป้องกันอุบัติเหตุจากจราจรทางถนน	๓
	๑๔.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. (ทั้งที่ ER และ Admit) (Trauma < ๑๒%, Non-trauma < ๑๒%)	๑
	๑๔.๒ ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	๐.๕
	๑๔.๓ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๐.๕
	๑๔.๔ ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	๑
๑๕	ความสำเร็จของการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	๓
๑๖	ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	๒
๑๗	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ^{ขั้น} ๓	๒
๑๘	ความสำเร็จของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว	๕
๑๙	ร้อยละคะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน	๓
๒๐	คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน Smart Hospital	๒
๒๑	ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	๖
	๒๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง	๐.๕
	๒๑.๒ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราประชากรกลุ่มเสี่ยง ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๑.๕
	๒๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี	๑.๕
	๒๑.๔ ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาล	๐.๕
	๒๑.๕ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ mL/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	๑
	๒๑.๖ คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	๑
๒๒	ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community - acquired	๔
	๒๒.๑ อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score	๐.๕
	๒๒.๒ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	๑.๕
	๒๒.๓ อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic	๑.๕
	๒๒.๔ อัตราการได้รับ IV ๓๐ mL/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มี ข้อห้าม)	๐.๕

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก
๒๓	ความสำเร็จของการบำบัด รักษา ผู้ป่วยยาเสพติด	๓
	๒๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)	๒
	๒๓.๒ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	๑
๒๔	ความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๓
	๒๔.๑ ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไข ปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	๒
	๒๔.๒ ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการ จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษา ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	๑
๒๕	ความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร	๔
๒๖	ความสำเร็จของการตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓
๒๗	ความสำเร็จของการดำเนินงานบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๓
	๒๗.๑ ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๔-๗ ไม่เกิน ๑ แห่ง)	๒
	๒๗.๒ ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องมืออัตโนมัติที่จัดซื้อ ในราคาต่อการรายงานผล	๑
๒๘	ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม	๒
	รวม	๙๖

รายละเอียดตัวชี้วัด (Template)
การประเมินผลการปฏิบัติราชการ (KPIs)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

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

๒. ตัวชี้วัดที่ ๑ : ความสำเร็จของการพัฒนากลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย

ตัวชี้วัดที่ ๑.๑ : ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา

ตัวชี้วัดที่ ๑.๒ : ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอดคุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑.๓ : ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

ตัวชี้วัดที่ ๑.๔ : ความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน

๓. เป้าหมาย :

๑. ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา

๑.๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อเด็กเกิดมีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ คน

๑.๒ โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก ร้อยละ ๘๐

๒. ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอดคุณภาพ

๒.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๒.๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ มากกว่าร้อยละ ๘๐

๒.๓ ร้อยละทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกินร้อยละ ๗

๒.๔ อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน ไม่เกิน ๒๒ ต่อพันทารกเกิดมีชีวิต ๑,๐๐๐ คน

๒.๕ ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของปีที่ผ่านมา

๓. ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

๓.๑ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ ๑๐๐

๓.๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวัน ร้อยละ ๑๐๐

๓.๓ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกิน

ร้อยละ ๕๐

๓.๔ ร้อยละทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) มากกว่า ๑๑.๒mU/L

ไม่เกินร้อยละ ๓

๔. ความสำเร็จของพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน

๔.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๖

๔.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๖

๔.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบส่งสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)

ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐

๔.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๗

๔.๕ ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 ร้อยละ ๘๐

๔.๖ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๔.๗ ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของหมู่บ้านที่รับผิดชอบ

๔. น้ำหนัก : ๗

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชีวิต : นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ โท. ๐๘๕-๙๒๘-๘๖๐๕
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวณัฐจิต อินศร โท. ๐๘๑-๙๗๔-๕๓๐๐
 นางสาวนวลปรานค์ ดวงสว่าง โท. ๐๘๓-๖๗๕-๗๒๑๓
 นางสาวยศสยา อ่อนคำ โท. ๐๘๕-๐๔๒-๕๙๗๙
 นางทิพย์ธิดา พันโยศรี โท. ๐๙๓-๗๘๐-๙๓๘๙

๗. คำอธิบาย :

๑. ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา

ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา หมายถึง ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการงานอนามัยแม่และเด็กผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กและมีผลลัพธ์อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนเด็กเกิดมีชีวิต ๑๐๐,๐๐๐ คน

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

๒. ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอด

ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอด หมายถึง ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอดและการคลอดคุณภาพ ผ่านตามเกณฑ์ ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐, หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐, ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกินร้อยละ ๖ และทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนไม่เกิน ๒๒ ต่อพันการเกิดมีชีวิต และทารกแรกเกิดมีภาวะคลอดก่อนกำหนดลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของปีที่ผ่านมา

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	๑๓ สัปดาห์ < ๒๐ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๓	เมื่ออายุครรภ์	๒๐ สัปดาห์ < ๒๖ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๔	เมื่ออายุครรภ์	๒๖ สัปดาห์ < ๓๒ สัปดาห์
การนัดครั้งที่ ๕	เมื่ออายุครรภ์	๓๒ สัปดาห์ – ๔๐ สัปดาห์ขึ้นไป

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

ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีวิตที่มีคะแนน APGAR ที่ ๑ นานที่น้อยกว่าหรือมากกว่า ๗

ทารกแรกเกิดมีภาวะคลอดก่อนกำหนดลดลง หมายถึง ทารกแรกเกิดมีชีวิตคลอดก่อนอายุครรภ์ ๓๗ สัปดาห์

กลุ่มเป้าหมายการลงทะเบียนสมัครใช้ ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก หมายถึง

๑. หญิงหลังคลอดในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ มีมือถือ Smart phone ใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ต
๒. พ่อแม่ผู้ปกครองที่มีลูกอายุ ๐ – ๕ ปี มีมือถือ Smart phone ใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ต
๓. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานแม่และเด็กในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ
๔. อาสาสมัครสาธารณสุขสาขาเชี่ยวชาญนมแม่และอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อยหมู่บ้านละ ๑ คน ที่มีการสำรวจแล้วพบว่ามือถือ Smart phone ใช้สัญญาณอินเทอร์เน็ต

๓. ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนผ่านตามเกณฑ์ ประกอบด้วยหญิงตั้งครรภ์ ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ ๑๐๐, หญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทุกวัน ๆ ละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๑๐๐, หญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะ น้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ ๕๐ และทารกแรกเกิดมีระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อม ธิรรอยด์ (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 ทุกวัน ๆ 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

ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธิรรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L หมายถึง ทารกแรกเกิด อายุ ๒ วันขึ้นไปทั้งหมดในโรงพยาบาลของรัฐหรือเอกชน ได้รับการเจาะเลือดบริเวณส้นเท้า เพื่อตรวจหาปริมาณ TSH (Thyroid Stimulating Hormone) ผลการตรวจพบว่ามีค่า TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิยูนิตต่อลิตร

๔. ความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน

ความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ความสำเร็จของ การพัฒนางานพัฒนาการ โภชนาการเด็กแรกเกิด-๕ ปี และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยผ่านตามเกณฑ์ ประกอบด้วย เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๖, เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองและพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐, เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๗, เด็ก ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งต่อเพื่อกระตุ้นด้วย TEDA๔1 ร้อยละ ๘๐, เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ ๙๖, เด็ก ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ และมีลานเล่นในหมู่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ของ หมู่บ้านที่รับผิดชอบ

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

เด็กพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๒๐ วัน (สมวัยครั้งที่ ๒)

การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑ : มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๒๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๒๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒

เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒)

สูงตี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป (สูงตามเกณฑ์ค่อนข้างสูงหรือสูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัยชุดใหม่ ปี พ.ศ.๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

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 ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

ค่ากลางลานเล่น หมายถึง การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมโดยชุมชน โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ เด็กปฐมวัย ประชาคมคืนข้อมูลแก่ประชาชน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน ให้ชุมชนเห็นความสำคัญและร่วมกันแก้ไขปัญหา มีการกำหนดบทบาท ความรับผิดชอบ เกิดการระดมทรัพยากรในชุมชนจากแหล่งงบประมาณต่างๆ เช่น งบประมาณจากโครงการพระราชดำริฯ จำนวน ๒๐,๐๐๐ บาทต่อหมู่บ้าน และงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เป็นต้น รวมทั้งที่ไม่ใช่งบประมาณ เช่น การบริจาคสิ่งของ การลงแรง เป็นต้น มีการกำหนดมาตรการทางสังคมที่สำคัญ เช่น การตรวจสุขภาพ ประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินพัฒนาการตลอดจนการให้ความรู้เรื่องสุขภาพแม่และเด็กที่ลานเล่น โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการชี้แนะประเด็นปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เรื่องพัฒนาการเด็กและเด็กติดเกม โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น ตลอดจนคืนข้อมูลในที่ประชุมเวทีต่างๆ รวมทั้งมีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านแม่และเด็ก โดยเฉพาะมีองค์ความรู้แนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการแก้ไขปัญหา

๘. สูตรการคำนวณ :

๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย

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

๒. ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์

รายการข้อมูล : ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบ(ที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์)ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๓. ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

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

๔. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม

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

๕. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของปีที่ผ่านมา

รายการข้อมูล : ร้อยละของทารกแรกเกิดมีชีพคลอดก่อนกำหนดลดลง ร้อยละ ๑๐ เทียบจากปีที่ผ่านมา	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพคลอดก่อน ๓๗ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๒
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน ปี ๒๕๖๒
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพคลอดก่อน ๓๗ สัปดาห์ ปี ๒๕๖๓
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน ปี ๒๕๖๓
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A/B) \times ๑๐๐) - ((C/D) \times ๑๐๐)$

๖. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน

รายการข้อมูล: อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดที่มีคะแนน Apgar score ที่ ๑ นาทีก่อน ≤ ๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทารกแรกเกิดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑,๐๐๐$

๗. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก

รายการข้อมูล: ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times ๑๐๐$

๘. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวัน

รายการข้อมูล: ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวัน	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวันในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times ๑๐๐$

๙. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร

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

๑๐. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L

รายการข้อมูล: ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทารกแรกเกิดอายุ ๒ วันขึ้นไปมีค่า TSH > ๑๑.๒ mU/L ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กแรกเกิดอายุ ๒ ขึ้นไปทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๑๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$((A+B)/C) \times 100$

๑๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๑๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้า	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) และพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ส่งต่อทันที) ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๑๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการติดตาม	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าครั้งแรก (ที่ต้องได้รับการติดตามกระตุ้น) ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๑๕. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	
รายการข้อมูล ๑	A = เด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าได้รับกระตุ้น TEDA๔ ครบเกณฑ์ (๒.๑+๒.๒) + อยู่ระหว่างการกระตุ้น (๒.๓) + กระตุ้นไม่ครบเกณฑ์(๒.๔) จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๒	B = เด็กปฐมวัยที่สงสัยล่าช้าส่งต่อทันที๑B๒๖๒ (๑.๑) + ไม่สมวัยหลังกระตุ้น ๑B๒x๒ (๑.๒) - สมวัยก่อนเข้า Teda๔ (๑.๓) จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$

๑๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน

รายการข้อมูล : ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	
รายการข้อมูล ๑	$A_1 =$ จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล ๒	$A_2 =$ ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล ๓	$A_3 =$ ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล ๔	$B_1 =$ จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ทั้งหมด
รายการข้อมูล ๕	$B_2 =$ จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล ๖	$B_3 =$ จำนวนประชากรชายอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล ๗	$B_4 =$ จำนวนประชากรหญิงอายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑) ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง $= (B_2/B_1) \times 100$ ๒) ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน $= (A_1/B_2) \times 100$ ๓) ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๕ ปี $= (A_2/B_3)$ ๔) ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๕ ปี $= (A_3/B_4)$

๑๗. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน

รายการข้อมูล : ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน	
รายการข้อมูล ๑	$A =$ จำนวนหมู่บ้านที่มีลานเล่น ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	$B =$ จำนวนหมู่บ้านที่รับผิดชอบทั้งหมดในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๙. เกณฑ์การให้คะแนน

โดยที่ : ๑.๑ ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ
 ข้อละ ๑ คะแนน (น้ำหนัก ๑.๕)

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน																
๑	<p>ขับเคลื่อนการป้องกันและแก้ไขมารดาตายผ่านกลไก MCH.B.อำเภอ</p> <p>๑. มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ</p> <table border="1" data-bbox="368 338 1361 439"> <tr> <td>๐.๑๒๕ คะแนน</td> <td>๐.๒๕ คะแนน</td> <td>๐.๓๗๕ คะแนน</td> <td>๐.๕ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>๓ ครั้ง/ปี</td> <td>๖ ครั้ง/ปี</td> <td>๙ ครั้ง/ปี</td> <td>๑๒ ครั้ง/ปี</td> </tr> </table> <p>๒. มีสรุปรายงานการประชุม เป็น One page เสนอผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอ</p> <table border="1" data-bbox="368 488 1361 584"> <tr> <td>๐.๑๒๕ คะแนน</td> <td>๐.๒๕ คะแนน</td> <td>๐.๓๗๕ คะแนน</td> <td>๐.๕ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>๓ ครั้ง/ปี</td> <td>๖ ครั้ง/ปี</td> <td>๙ ครั้ง/ปี</td> <td>๑๒ ครั้ง/ปี</td> </tr> </table>	๐.๑๒๕ คะแนน	๐.๒๕ คะแนน	๐.๓๗๕ คะแนน	๐.๕ คะแนน	๓ ครั้ง/ปี	๖ ครั้ง/ปี	๙ ครั้ง/ปี	๑๒ ครั้ง/ปี	๐.๑๒๕ คะแนน	๐.๒๕ คะแนน	๐.๓๗๕ คะแนน	๐.๕ คะแนน	๓ ครั้ง/ปี	๖ ครั้ง/ปี	๙ ครั้ง/ปี	๑๒ ครั้ง/ปี
๐.๑๒๕ คะแนน	๐.๒๕ คะแนน	๐.๓๗๕ คะแนน	๐.๕ คะแนน														
๓ ครั้ง/ปี	๖ ครั้ง/ปี	๙ ครั้ง/ปี	๑๒ ครั้ง/ปี														
๐.๑๒๕ คะแนน	๐.๒๕ คะแนน	๐.๓๗๕ คะแนน	๐.๕ คะแนน														
๓ ครั้ง/ปี	๖ ครั้ง/ปี	๙ ครั้ง/ปี	๑๒ ครั้ง/ปี														
๒	<p>๑. มีการดำเนินการตามมาตรการการป้องกันมารดาตายตามแนวทางเขต ๗ (มีครบทุกมาตรการ = ๐.๕ คะแนน, มีไม่ครบทุกมาตรการ = ๐ คะแนน)</p> <p>๒. มีการติดตามและควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานผ่านระบบ HDC ทุก ๑ เดือน (มี = ๐.๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)</p>																
๓	<p>๑. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร (คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด หลังคลอด) ในสถานบริการทุกระดับ (มีครบทุกระดับ = ๐.๕ คะแนน, มีแต่ไม่ครบ = ๐.๓ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)</p> <p>๒. มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> มีทะเบียนข้อมูลการคัดกรองความเสี่ยง/ข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง/โรคเสี่ยงสูงในสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ (๐.๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน) <input type="checkbox"/> มีระบบส่งคืนข้อมูลและติดตามเยี่ยมหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูงตามเกณฑ์ (มี = ๐.๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน) <input type="checkbox"/> มีการส่งต่อดูแลตามแนวปฏิบัติ classifying Health area ๗ model (มี = ๐.๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน) <input type="checkbox"/> มีการใช้โปรแกรม SAVEMOM ในรพ.สต./อสม./หญิงตั้งครรภ์ (มี = ๐.๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน) <input type="checkbox"/> มีการสื่อสาร Early Warning sing แก่ อสม./หญิงตั้งครรภ์ (มี = ๐.๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน) 																
๔	<p>๑. เยี่ยมเสริมพลังและติดตามประเมินการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก ใน รพ.สต.เชื่อมโยงกับมาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก (ประเมินครบทุกแห่ง = ๐.๕ คะแนน, ประเมินแต่ไม่ครบ = ๐.๓ คะแนน, ไม่มีประเมิน = ๐ คะแนน)</p> <p>๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก (ผ่านทุกด้าน = ๐.๕ คะแนน, ผ่าน ๔ ด้าน = ๐.๔ คะแนน, ผ่าน ๓ ด้าน = ๐.๓ คะแนน, ผ่านน้อยกว่าเท่ากับ ๒ ด้าน = ๐.๒ คะแนน)</p>																
๕	- อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร																

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน							
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
	- อัตราส่วนการตาย มารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร	อัตราต่อ ทารกเกิดมี ชีพแสนคน	๑	ไม่ เกิน ๑๙	ไม่ เกิน ๑๘	ไม่ เกิน ๑๗	ไม่ เกิน ๑๖	ไม่ เกิน ๑๕

โดยที่ : ๑.๒ ความสำเร็จของการพัฒนาระบบบริการดูแลก่อนคลอดคุณภาพ ประเมินผลตาม
เกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อๆละ ๑ คะแนน (น้ำหนัก ๑)

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน								
๑	<p>๑. มีกระบวนการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงและจัดการรายกรณี โดยทีมสหวิชาชีพ (มี = ๐.๕๐ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)</p> <p>๒. ส่งต่อข้อมูลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงให้แก่แผนกที่เกี่ยวข้องและรพ.สต. และ MCH.B.อำเภอเพื่อ ติดตามเยี่ยมและดูแลรักษาตามแนวปฏิบัติ (มี = ๐.๕๐ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)</p>								
๒	<p>๑. มีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่าน ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก โดยกระตุ้นให้มีการ ลงทะเบียนสมัครใช้ ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก</p> <table border="1"> <thead> <tr> <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>ร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย</td> <td>ร้อยละ ๓๐ ของเป้าหมาย</td> <td>ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย</td> <td>ร้อยละ ๕๐ ของเป้าหมาย</td> </tr> </tbody> </table> <p>๒. มีการติดตามและประเมินผลการใช้ ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก (มีการติดตามและประเมิน = ๐.๕ คะแนน, ไม่มีการติดตามและประเมิน = ๐ คะแนน)</p>	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน	ร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๓๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๕๐ ของเป้าหมาย
๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน						
ร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๓๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย	ร้อยละ ๕๐ ของเป้าหมาย						
๓	<p>๑. จัดทำ Guideline การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดใน รพช. และ รพ.สต. (มี = ๐.๒๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)</p> <p>๒. ชี้แจง Guideline การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและการใช้สารเสพติดและ กำกับติดตามให้ใช้แนวปฏิบัติ (มี = ๐.๒๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)</p> <p>๓. ทบทวน/อภิปรายการดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงสูง/มีปัญหาทุกราย (ทบทวนทุกราย = ๐.๒๕ คะแนน, ทบทวนไม่ครบทุกราย = ๐.๑๒๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)</p> <p>๔. มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติงานฝากครรภ์ทุกระดับ เรื่อง การคัดกรองความเสี่ยง การดูแลส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูงตามแนวปฏิบัติของเขตสุขภาพที่ ๗</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>๐.๑๐ คะแนน</th> <th>๐.๑๕ คะแนน</th> <th>๐.๒๐ คะแนน</th> <th>๐.๒๕ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> </tr> </tbody> </table>	๐.๑๐ คะแนน	๐.๑๕ คะแนน	๐.๒๐ คะแนน	๐.๒๕ คะแนน	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐
๐.๑๐ คะแนน	๐.๑๕ คะแนน	๐.๒๐ คะแนน	๐.๒๕ คะแนน						
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐						
๔	<p>๑. ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ ๘๐</p> <p>๒. ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ มากกว่าร้อยละ ๘๐</p>								

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน							
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
	๑. ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ	๐.๕	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
	๒. ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ	ร้อยละ	๐.๕	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
๕	๑. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม ไม่เกินร้อยละ ๖							
	๒. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดลดลง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของปีที่ผ่านมา							
	๓. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน ไม่เกิน ๒๒ ต่อพันการเกิดมีชีพ							
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕			
๑. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ร้อยละ	๐.๕๐	๘	๗	๖	๕	๔	
๒. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดลดลงจากปี ๒๕๖๒	ร้อยละ	๐.๒๕	๑๓	๑๕	๑๗	๑๙	๒๑	
๓. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	อัตรา	๐.๒๕	๒๔	๒๓	๒๒	๒๑	๒๐	

โดยที่ : ๑.๓ ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อละ ๑ คะแนน (น้ำหนัก ๑.๕)

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	
	๑	๒
๑	๑. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด รอบด้าน (มี = ๐.๒๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	
	๒. มีแผน/มาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานหรือแก้ไขที่สอดคล้องกับปัญหา (มี = ๐.๕๐ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	
	๓. มีการติดตามและควบคุมกำกับการทำงานผ่านระบบ HDC และส่งคืนข้อมูล ทุก ๑ เดือน (มี = ๐.๒๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	
๒	๑. มีระบบการติดตามการรับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวัน (DOT) (มี = ๐.๕๐ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	
	๒. มีการติดตามทารกแรกเกิดที่ TSH มากกว่า ๑๑.๒mU/L รวมทั้งวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (มี = ๐.๒๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	
	๓. มีการส่งคืนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะขาดสารไอโอดีนและทารกที่มีค่า TSH มากกว่า	

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน							
	๑๑.๒ mU/L ให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบล/หมู่บ้าน (มี = ๐.๒๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)							
๓	๑. มีกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาไอโอดีน (มี = ๐.๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน) ๒. มีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์ (มี = ๐.๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)							
๔	๑. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ ๑๐๐ ๒. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวันๆละ ๑ ครั้ง ร้อยละ ๑๐๐							
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
	๑. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ	๐.๒๕	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
	๒. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์รับประทานวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวันๆละ ๑ ครั้ง	ร้อยละ	๐.๗๕	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
๕	๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร ไม่เกินร้อยละ ๕๐ ๒. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L ไม่เกินร้อยละ ๓							
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
	๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	ร้อยละ	๐.๕๐	๖๐	๕๕	๕๐	๔๕	๔๐
	๒. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L	ร้อยละ	๐.๕๐	๑๐	๙	๘	๗	๖

โดยที่ : ๑.๔ ความสำเร็จของการพัฒนาการเด็กปฐมวัยตามเกณฑ์มาตรฐาน กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ (น้ำหนัก ๓)

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	๐.๒	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	๐.๒	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗	๙๘
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	ร้อยละ	๐.๒	๓๓	๓๖	๓๙	๔๒	๔๕
๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ	๐.๒	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐
๕. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	ร้อยละ	๐.๒	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	๑	๕๖	๕๘	๖๐	๖๒	๖๔
๗. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน							
- จากรายงานการสำรวจลานเล่นในหมู่บ้าน ภาพรวมอำเภอ	ร้อยละ	๐.๕	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
- สุ่มสำรวจลานเล่นในหมู่บ้าน	ร้อยละ	๐.๕	๒๐	๔๐	๖๐	๘๐	๑๐๐

๑๐. เงื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล :

- ข้อตกลงการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (Performance Agreement) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓

- ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์จังหวัดมหาสารคาม ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ในแผนงานหลักที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิต (ด้านสุขภาพ)

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนประชากร	อัตราต่อทารก เกิดมีชีพแสน คนเกิน	๐	๔๔.๗๓	๑๖.๘๑
๒. ร้อยละโรงพยาบาลผ่านมาตรฐาน โรงพยาบาลด้านอนามัยแม่และเด็ก	ร้อยละ	-	๘๓.๓	๑๐๐
๓. ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือ เท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ	๕๗.๓๓	๘๒.๑๖	๙๔.๘๓
๔. ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตาม เกณฑ์	ร้อยละ	๓๘.๔๑	๗๒.๑๘	๘๘.๘๖
๕. ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนัก น้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	ร้อยละ	๘.๒*	๖.๓๘**	๕.๙๖
๖. อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	อัตรา	๑๙.๐๓	๒๔.๑๙	๒๑.๐๐
๗. ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	ร้อยละ	-	ลดลงร้อยละ ๓.๐๖	ลดลงร้อยละ ๑๗
๘. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริม ไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	ร้อยละ	๖๘.๒๕	๗๙.๖๖*	๙๗.๕๕*
๙. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนใน ปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	ร้อยละ	๔๔.๗๖	๓๖.๗๘	๓๒.๖
๑๐. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมธัยรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L	ร้อยละ	๗.๗๙	๗.๙๔	๘.๘๑
๑๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการ สมวัย	ร้อยละ	๙๕.๕๖	๙๗.๕๔	๙๘.๙๕*
๑๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	๘๘.๐๓	๙๐.๗๐	๙๕.๙๒*
๑๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการ คัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (ตรวจ ครั้งแรก)	ร้อยละ	๓๑.๖๓	๓๖.๔๔	๓๙.๓๖*
๑๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มี พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ	๘๖.๙๕	๙๔.๑๑	๙๘.๒๘*
๑๕. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับ การกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	ร้อยละ	-	๘๐.๘๒	๖๗.๐๙*
๑๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ	๕๐.๕๓	๔๖.๔๘	๕๗.๒๘*
๑๗. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

หมายเหตุ : * คือข้อมูลปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จาก HDC ประมวลผล ณ วันที่ ๔ กันยายน ๒๕๖๒

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ ทุกเดือน พร้อมสรุปรายงานการประชุมฯเสนอผู้บริหารระดับจังหวัด	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอ - สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับจังหวัด	✓	-	-
๒. มีการจัดทำแผนขับเคลื่อนมาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ	- แผนปฏิบัติการเพื่อขับเคลื่อนมาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับจังหวัด/อำเภอ	✓	-	-
๓. มีการติดตามและควบคุมกำกับ การดำเนินงาน ทุก ๓ เดือน	- รายงานนิเทศติดตามของอำเภอ - รายงานรายไตรมาส ผ่านระบบรายงานมารดาตายและรายงานการคลอด (ก๑ ก๒) กรมอนามัย	✓	✓	-
๔. เยี่ยมเสริมพลังและติดตามประเมินการจัดบริการอนามัยแม่และเด็กตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กในรพ.ระดับ M๒ ขึ้นไป	- แนวทางการดูแล/แนวปฏิบัติ (เอกสารแนบท้ายภาคผนวก)	✓	✓	-
๕. พัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับให้ มีความรู้ ทักษะงานอนามัยแม่และเด็ก หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	- ผลการประเมินตามแนวทาง/แนวปฏิบัติ - สรุปรายงานการประชุม	✓	✓	-
๖. ระบบบริการแม่และเด็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	- ผลการประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก	✓	✓	-
๗. มีระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงเชิงรุก	- แนวปฏิบัติ - ทะเบียนข้อมูลความเสี่ยง - โปรแกรม SAVEMOM	✓	-	✓
๘. มีกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่แม่และเด็ก	- โปรแกรมรายงาน ๙ อย่างเพื่อสร้างลูก	✓	-	-

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๙. ผลลัพธ์การดำเนินงาน ๙.๑ การตายมารดา	- รายงานการตายมารดา (ก๑) - สรุปผลการอภิปรายการตายมารดา	✓	-	-
๙.๒ ร้อยละการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๙.๓ ร้อยละการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๙.๔ ร้อยละของทารกแรกเกิดมีน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๙.๕ อัตราทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน	- รายงานการคลอด (ก๒)	✓	-	-
๙.๖ ร้อยละทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๗. หญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๘. หญิงตั้งครรภ์ได้รับวิตามินเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิกทุกวัน	- รายงาน พชอ. - การสำรวจสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ในคลินิกฝากครรภ์จำนวน ๑๐ คน	✓	✓	-
๙. หญิงตั้งครรภ์มีปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะน้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตร	- ผลการตรวจวิเคราะห์ไอโอดีนในปัสสาวะ ส่งผลให้จังหวัดก่อนวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ *กลุ่มเป้าหมายตามภาคผนวก	✓	-	-
๑๐. ระดับฮอร์โมนกระตุ้นต่อมไทรอยด์ (TSH) ในทารกแรกเกิดมากกว่า ๑๑.๒mU/L	- รายงานการคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด เดือน ต.ค.๒๕๖๒ - สิงหาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๑๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๑๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๑๔. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๑๕. ร้อยละของเด็กพัฒนาการล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๑๖. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	-	-
๑๗. ร้อยละของลานเล่นในหมู่บ้าน	- รายงานการสำรวจลานเล่น ในหมู่บ้าน ภาพรวมอำเภอ - รายงานการสำรวจลานเล่น ในหมู่บ้าน ภาพรวมตำบล (ส่งรายงานเป็นไฟล์ ภายในวันที่ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓) - การสุ่มประเมินลานเล่น ในหมู่บ้าน (ในตำบลที่จับสลากได้) ตามแบบประเมินลานเล่นใน หมู่บ้าน เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย สู่ Smart Kids Taksila ๔.๐	✓	✓	-

ภาคผนวก

ความสำเร็จของการป้องกันและลดการตายมารดา
มาตรการการป้องกันมารดาตายตามแนวทางเขต ๗

มาตรการการป้องกันและแก้ไขมารดาตาย เขตสุขภาพที่ ๗	
มาตรการทั่วไป	๑. Maternal Anemia Management ๒. Classifying High Risk ในปฏิบัตินัดตามคู่มือการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและโรคสตรีทางนรีเวช เขตสุขภาพที่ ๗ ๓. MCH Board : มีผลงาน / รับผิดชอบคุณภาพ ๔. MM Conference , Maternal Near Miss Conference
มาตรการพัฒนาคุณภาพบริการ	๑. รพ.สต. จัดกรรงหญิงตั้งครรภ์ทุกคนตามเกณฑ์ 21 ข้อตามสมุดสีชมพู ๒. ระดับ รพช. พัฒนาศูนย์บริการดูแลภาวะฉุกเฉินในท้องคลอด การรักษาการตกเลือดและความดันโลหิตสูงในหญิงตั้งครรภ์ ๓. ระดับ รพท./รพศ. มีการบูรณาการทีมรักษาเป็นแบบสหสาขาวิชาชีพ ๔. การสร้างระบบส่งต่อ ที่มีประสิทธิภาพ ๕. ปฏิบัตินัดตาม CPG
มาตรการระดับชุมชน	๑. ค้นหา Early ANC ๒. Early warning sign, ระบบเฝ้าระวังในชุมชน ๓. ANC ตามนัด
มาตรการกรณีPPH	๑. Active Management of Third Stage of Labour (AMTSL) ๒. Early Blood Transfusion (BP ≤ 90/60 mmHg. P ≥ 100/min.) ๓. รพช. มียาที่จำเป็น & Blood Stock ๔. การใช้ถุงฉว่งเลือด เพื่อ Estimate blood loss ใน LR
มาตรการกรณีPIH	๑. Prevention convulsion (MgSO4) 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)
มาตรการกรณี INDIRECT CAUSE	๑. Identify หญิงวัยเจริญพันธุ์ → FP ๒. Early ANC → Refer/ case management ๓. การประสาน-ส่งต่อของแพทย์สูติ-อายุรแพทย์

แนวทาง Health Area ๗ Classifying Model

Health Area 7 classifying Model			
Very Low Risk	Low Risk	High Risk	Very High Risk
-ไม่มี เกณฑ์ เสี่ยงทุก ข้อ -แพทย์ พิจารณา ส่งกลับ ดูแลที่ รพ.สต./ PCU	-อายุ 16-35 ปี -เคยคลอดทารก <4,000 กรัม -เสี่ยงต่อ GDM -Previous c/s (ส่งนัดผ่า GA 35สัปดาห์) -เลือดออกใน ไตรมาส 1 -Thalassemia ที่ Hct. > 33% -Hct. 25-33% -HBs-Ag +ve -HIV ที่ไม่มี ภาวะแทรกซ้อน	-อายุ ≤15 ปี, >35 ปี -สูง <145 ซม. -ประวัติเสี่ยง : ตกเลือด, คลอดติดไหล่, ทารกเสียชีวิตในครรภ์ , เคยคลอดทารก <2,500, ≥4,000 กรัม -เลือดออกในไตรมาส 2,3 -Thalassemia ที่ Hct. < 25 % -Hct. <25 % -GA>36 สัปดาห์ก่อน, เก่าช่วง -GA>40สัปดาห์ -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 -ติดยาเสพติด เหล้า บุหรี่ -ประเมินสุขภาพจิต 9Q ได้ >7 คะแนน -GDM -Hx คลอดก่อนกำหนด -VDRL +ve	-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. รพต.
โดย	พยาบาล จนท.รพ.สต.	แพทย์ทั่วไป(GP) พยาบาล	แพทย์ทั่วไป + สติแพทย์	สติแพทย์
ระบบ นัด	5 ครั้งคดเกณฑ์	นัดตามrisk	นัดตามrisk	นัดตามrisk

แบบรายงานการตายของมารดา Confidential Enquiries-CE

สำนักส่งเสริมสุขภาพ

กรมอนามัย ๒๕๕๘

ชื่อสถานบริการ.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด..... วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

๑. ข้อมูลทั่วไป

ว.ด.ป. เข้ารับการรักษา วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
เวลา..... อายุ ปี อาชีพ.....

EDC.....

เลขที่ผู้ป่วยนอก.....เลขที่ผู้ป่วยใน.....

เลขลำดับ.....

วันที่เสียชีวิต.....

อายุครรภ์ขณะมารดาเสียชีวิต.....

๒. ข้อมูลการฝากครรภ์

ฝากครรภ์ ไม่ฝากครรภ์

ตั้งครรภ์ครั้งที่.....

เคยคลอด.....ครั้ง เคยแท้ง.....ครั้ง

วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์

จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ตามเกณฑ์.....ครั้ง

น้ำหนักของมารดาเมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก.....กิโลกรัม

ส่วนสูง เซนติเมตร

น้ำหนักของมารดาเมื่อก่อนคลอด.....กิโลกรัม

Hb/Hct ครั้งที่ ๑ Hb/Hct ครั้งที่ ๒

Anti HIV

๓. ข้อมูลการคลอดหรือการแท้ง

- วันที่คลอดหรือแท้ง

.....

กรณีแท้ง แท้งเอง

ทำแท้ง

กรณีคลอด

- วิธีคลอด ปกติ C/S F/E
- V/E
- คลอดทำกันทางช่องคลอด
- BBA อื่นๆ

.....

- ผู้ทำคลอด

แพทย์ พยาบาล ผดุงครรภ์

ผดบ. อื่นๆ..... นสพ.

บุคลากรอื่นๆ ที่ผ่านการอบรม

• น้ำหนักทารกแรกเกิด กรัม

• เมื่อตาย.....วัน.....ชั่วโมง

ตายใน ๗ วันแรก มีชีวิตอยู่

๔. ประวัติรายละเอียดที่สำคัญ

- ประวัติความผิดปกติของครรภ์นี้

.....

- ประวัติภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ครั้งนี้

มี ไม่มี

ความดันโลหิตสูง ไข้ขาวใน

ปัสสาวะ

น้ำตาลในปัสสาวะ ชีด

เด็กทำผิดปกติ Previous C/S

อื่น ๆ ระบุ.....

- ประวัติการได้รับยาขณะตั้งครรภ์และ

ข้อสรุปสำคัญในระยะ

ตั้งครรภ์.....

๗. ภาวะแทรกซ้อนของมารดา

ระยะตั้งครรภ์	ระยะคลอด	ระยะหลังคลอด	
<input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โรคตับ <input type="checkbox"/> วัณโรค <input type="checkbox"/> โลหิตจางจากขาดธาตุเหล็ก <input type="checkbox"/> โรคโลหิตจางธาลัสซีเมีย <input type="checkbox"/> การตกเลือดจากอุบัติเหตุ <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์ไขปลาคอก <input type="checkbox"/> ตั้งครรภ์นอกมดลูก <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	<input type="checkbox"/> พิษแห่งครรภ์ <input type="checkbox"/> รกลอกตัวก่อนกำหนด <input type="checkbox"/> รกเกาะต่ำ <input type="checkbox"/> น้ำเดินก่อนคลอด ๒๔ ชม. <input type="checkbox"/> แท้งติดเชื้อ <input type="checkbox"/> ติดเชื้อ <input type="checkbox"/> ไล่ตั้งอักเสบ <input type="checkbox"/> มาลาเรีย <input type="checkbox"/> ใช้สูงไม่ทราบสาเหตุ <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> ปัญหาทางจิต	<input type="checkbox"/> เลือดแข็งตัวช้า <input type="checkbox"/> โรคเบาหวาน <input type="checkbox"/> พิษแห่งครรภ์ <input type="checkbox"/> โรคหัวใจ <input type="checkbox"/> ภาวะคลอดเร็ว <input type="checkbox"/> โรคไต <input type="checkbox"/> โลหิตจาง <input type="checkbox"/> มดลูกปลิ้น <input type="checkbox"/> ติดเชื้อ <input type="checkbox"/> มดลูกแตก <input type="checkbox"/> มาลาเรีย <input type="checkbox"/> น้ำคร่ำเป็นพิษ <input type="checkbox"/> ปัญหาทางจิต <input type="checkbox"/> อื่นๆระบุ..... <input type="checkbox"/> การคลอดติดขัด	<input type="checkbox"/> พิษแห่งครรภ์ <input type="checkbox"/> โรคเลือด <input type="checkbox"/> เศษรกค้าง/รกติด <input type="checkbox"/> โลหิตจาง <input type="checkbox"/> มดลูกไม่แข็งตัว <input type="checkbox"/> การฉีกขาดของปากมดลูก <input type="checkbox"/> การฉีกขาดของฝีเย็บ <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... <input type="checkbox"/> ปัญหาทางจิต <input type="checkbox"/> ตกเลือด หลังคลอด

สรุป สาเหตุสำคัญที่ทำให้มารดาเสียชีวิต

- ๑.....
- ๒.....
- ๓.....

๘. 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

.....

.....

.....

.....

๙. ในความเห็นของคณะกรรมการ MCH ของโรงพยาบาล มีปัจจัยต่อไปนี้เกิดขึ้นหรือไม่

ระบบ	หัวข้อ	ใช่	ไม่ใช่	เหตุผล...../ โปรดระบุ
บุคลากร/ครอบครัว	ความซ้กซ้ำในการตัดสินใจเข้า สถานพยาบาล			
(การตัดสินใจ)	การปฏิเสธการรักษาหรือเข้ารับการรักษา			
ระบบส่งต่อและการ สื่อสาร	ขาดยานพาหนะจากบ้านไป สถานพยาบาล			
(การเข้าถึง)	ขาดยานพาหนะระหว่างสถานพยาบาล			
	การสื่อสารระหว่างสถานบริการล้มเหลว			
การอำนวยความสะดวก	ขาดการอำนวยความสะดวก, อุปกรณ์ และวัสดุ			
ปัญหาบุคลากร	บุคลากรขาดความพร้อม			
	ขาดผู้เชี่ยวชาญ			
	ขาดการฝึกอบรม			

ข้อสรุปสำคัญในความเห็นข้างต้น.....

.....

.....

.....

.....

.....

๑๐. การผ่าชันสูตรศพ ได้ทำ ไม่ได้ทำ

๑๑. สรุปโดยย่อเกี่ยวกับปัจจัยหรือเหตุการณ์สำคัญที่เกี่ยวกับการตาย

.....

.....

.....

.....

.....

๑๒. การตายครั้งนี้สามารถป้องกันได้หรือไม่

ได้ ไม่ได้

๑๓. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา.....

.....

๑๔. คณะกรรมการ MCH รพ..... จังหวัด.....

(ชื่อ-สกุล)..... วันที่.....

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

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

ภาคผนวก
ความสำเร็จของการป้องกันภาวะขาดสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด

จำนวนกลุ่มเป้าหมายเก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อตรวจสารไอโอดีนในหญิงตั้งครรภ์
จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

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

หมายเหตุ

*กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ไม่เกิน ๑๖ สัปดาห์ และไม่เคยได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนมาก่อน

*จำนวนกลุ่มเป้าหมายเก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ปริมาณไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์น้อยกว่า ๑๕๐ ไมโครกรัมต่อลิตรไม่เกินร้อยละ ๕๐ ต้องไม่น้อยกว่าเกณฑ์ที่จังหวัดกำหนด

ฉบับปรับปรุง ๑๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

แบบรายงานข้อมูลทารกแรกเกิดที่มีผล TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิตรยูนิต

จังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓

คำชี้แจง แบบรายงานฉบับนี้ใช้เก็บข้อมูลในทารกแรกเกิดที่มีผล TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิตรยูนิต ทุก รายที่คลอดในโรงพยาบาลรัฐทุกแห่งในจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๓ กรณีที่มารดาของทารกดังกล่าว ไม่ใช่ประชากรในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลที่ทำการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด ให้ โรงพยาบาลส่งคืนข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบงานคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิดในพื้นที่รับผิดชอบมารดา ดังกล่าวเพื่อติดตามและรายงานข้อมูลต่อไป

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทารกแรกเกิด	
๑.	ชื่อ.....นามสกุล.....
๒.	วันเดือนปีเกิด.....เวลาเกิด.....น.
๓.	ที่อยู่ เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัด.....***โทร (จำเป็น).....
๔.	โรงพยาบาลที่คลอด (ระบุชื่อโรงพยาบาล).....
๕.	น้ำหนักทารกแรกเกิด.....กรัม
๖.	ภาวะแทรกซ้อนทารกหลังคลอด <input type="checkbox"/> ๑. ไม่มี <input type="checkbox"/> ๒. มี ระบุ.....
๗.	๖.๑ ผลการตรวจคัดกรองเบื้องต้น ค่า TSH.....mIU/L ๖.๒ ผลการตรวจยืนยัน <input type="checkbox"/> ๑. ปกติ <input type="checkbox"/> ๒. ผิดปกติส่งต่อรักษา ๖.๓ สถานที่รักษา (ระบุชื่อโรงพยาบาล)
๘.	วิธีการคลอด <input type="checkbox"/> ๑. NL <input type="checkbox"/> ๒. C/S <input type="checkbox"/> ๓. VE <input type="checkbox"/> ๔. Forcep
๙.	Apgar scor ที่ ๑ นาที.....คะแนน Apgar scor ที่ ๕ นาที.....คะแนน
๑๐.	วันที่เจาะเลือด..... เวลาเจาะเลือด.....
ส่วนที่ ๒ ข้อมูลการฝากครรภ์ (มารดาของทารกแรกเกิดที่มีผล TSH มากกว่า ๑๑.๒ มิลลิตรยูนิต)	
๘.	อายุ.....ปี ครรภ์ที่.(GPAL).....
๙.	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
๑๐.	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.....
๑๑.	สถานที่ฝากครรภ์ (ระบุได้มากกว่า ๑ แห่ง)
	๑๒.๑ สถานบริการสาธารณสุขภายในจังหวัด <input type="checkbox"/> ๑. รพท. จำนวน.....ครั้ง <input type="checkbox"/> ๒. รพช. จำนวน.....ครั้ง
	๑๒.๑ สถานบริการสาธารณสุขภายนอกจังหวัด <input type="checkbox"/> ๑. รพท. จำนวน.....ครั้ง <input type="checkbox"/> ๒. รพช. จำนวน.....ครั้ง

	<input type="checkbox"/> ๓. รพ.สต จำนวน.....ครั้ง <input type="checkbox"/> ๔. รพ.เอกชน จำนวน.....ครั้ง <input type="checkbox"/> ๕. คลินิกเอกชน จำนวน.....ครั้ง ระบุชื่อคลินิก.....	<input type="checkbox"/> ๓. รพ.สต จำนวน.....ครั้ง <input type="checkbox"/> ๔. รพ.เอกชน จำนวน.....ครั้ง <input type="checkbox"/> ๕. คลินิกเอกชน จำนวน.....ครั้ง ระบุชื่อคลินิก.....
๑๒.	๑๓.๑ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก..... สัปดาห์ ๑๓.๒ อายุครรภ์ที่มาคลอด..... สัปดาห์	
๑๓.	คุณภาพการฝากครรภ์ <input type="checkbox"/> ๑. ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ <input type="checkbox"/> ๒. ไม่ครบ ๕ ครั้งคุณภาพ <input type="checkbox"/> ๓. ไม่ฝากครรภ์ระบุ..... ***ถ่ายสำเนาหน้าการฝากครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กแนบท้ายเอกสาร***	
๑๔.	ความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนของแม่ขณะตั้งครรภ์หรือคลอด	
๑๕.	การได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน <input type="checkbox"/> ๑. ได้รับระบุชื่อยา..... <input type="checkbox"/> ๒. ไม่ได้รับยา เนื่องจาก..... <input type="checkbox"/> ๓. ไม่ทราบ	
๑๖.	การกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนของหญิงตั้งครรภ์ (ถ้าได้รับมากกว่า ๑ ยี่ห้อให้ตอบจำนวนรวมของทุกยี่ห้อเป็นกิโลกรัมต่อวัน) <input type="checkbox"/> ๑. กินทุกวัน <input type="checkbox"/> ๑.๑ วันละ ๑ เม็ด <input type="checkbox"/> ๑.๒ .มากกว่า ๑ เม็ดต่อวัน ระบุ.....เม็ดต่อวัน <input type="checkbox"/> ๒. กิน ๔ - ๖ วันต่อสัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓. กินบางวัน (น้อยกว่า ๔ วันต่อสัปดาห์) <input type="checkbox"/> ๔. ไม่กิน ระบุเหตุผล.....	
๑๗.	อายุครรภ์ที่เริ่มรับประทานยาเม็ดเสริมไอโอดีน <input type="checkbox"/> ๑. ก่อนอายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๒. อายุครรภ์ ๑๒ - ๒๘ สัปดาห์ <input type="checkbox"/> ๓. อายุครรภ์มากกว่า ๒๘ สัปดาห์	
๑๘.	มีอาการข้างเคียงหลังการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน <input type="checkbox"/> ๑. ไม่มีอาการข้างเคียง <input type="checkbox"/> ๒. มีอาการข้างเคียง โปรดระบุ.....	
๑๙.	ผู้ดูแลการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน <input type="checkbox"/> ๑. สามี <input type="checkbox"/> ๒. พ่อแม่ <input type="checkbox"/> ๓.ญาติ <input type="checkbox"/> ๔. อื่นๆ.ระบุ.....	
๒๐.	มีการบันทึกการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีนหรือไม่ <input type="checkbox"/> ๑. มี <input type="checkbox"/> ๒. ไม่มี ***ถ่ายสำเนาหน้าการบันทึกการกินยาเม็ดเสริมไอโอดีน***	
ผู้รายงาน.....โทรศัพท์.....		

หมายเหตุ: ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอส่งเอกสารเป็นไฟล์ไปยัง E-mail: sarun๒๙๐๗@hotmail.com ภายในวันที่ ๓๐ ของทุกเดือน

ภาคผนวก
แบบรายงานการสำรวจการเล่นในหมู่บ้าน อำเภอ.....จังหวัดมหาสารคาม
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ลำดับ	ชื่อตำบล	รพ.สต.ที่รับผิดชอบ	จำนวนการเล่นทั้งหมด (แห่ง)	ระบุแหล่งงบประมาณ
๑		๑.....		๑..... ๒.....
		๒.....		๑..... ๒.....
๒		๑.....		๑..... ๒.....
		๒.....		๑..... ๒.....
๓		๑.....		๑..... ๒.....
		๒.....		๑..... ๒.....
๔		๑.....		๑..... ๒.....
		๒.....		๑..... ๒.....
๕		๑.....		๑..... ๒.....
		๒.....		๑..... ๒.....
ร้อยละของการเล่นในหมู่บ้าน =				

หมายเหตุ: ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอส่งเอกสารเป็นไฟล์ไปยัง E-mail: yod_mangpor@hotmail.com
ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ผู้รายงาน

ชื่อ
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
วันที่.....

แบบรายงานการสำรวจลานเล่นในหมู่บ้าน ตำบล..... อำเภอ.....
จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ลำดับ	ชื่อหมู่บ้าน	ตำแหน่งที่ตั้งของลาน เล่น	ชื่อผู้รับผิดชอบลานเล่น (อสม.เชี่ยวชาญด้านนม แม่และอนามัยแม่และ เด็ก)	แหล่ง งบประมาณ	รูปภาพ ลานเล่น
รพ.สต.ที่รับผิดชอบ					
๑.		๑.ลานเล่นที่ ๑	ชื่อ..... โทรศัพท์.....		
		๒.ลานเล่นที่ ๒.....	ชื่อ..... โทรศัพท์.....		
๒.		๑.ลานเล่นที่ ๑	ชื่อ..... โทรศัพท์.....		
		๒.ลานเล่นที่ ๒.....	ชื่อ..... โทรศัพท์.....		
รพ.สต.ที่รับผิดชอบ					
๑.		๑.ลานเล่นที่ ๑	ชื่อ..... โทรศัพท์.....		
		๒.ลานเล่นที่ ๒.....	ชื่อ..... โทรศัพท์.....		
๒.		๑.ลานเล่นที่ ๑	ชื่อ..... โทรศัพท์.....		
		๒.ลานเล่นที่ ๒.....	ชื่อ..... โทรศัพท์.....		
จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด.....แห่ง จำนวนลานเล่นทั้งหมดในหมู่บ้าน.....แห่ง คิดเป็นร้อยละ.....					

หมายเหตุ: ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอส่งเอกสารเป็นไฟล์ไปยัง E-mail: yod_mangpor@hotmail.com
ภายในวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

ผู้รายงาน

ชื่อ.....
ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
วันที่.....

แบบประเมินการเล่นในหมู่บ้าน เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยสู่ Smart Kids Taksila ๔.๐
หมู่บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดมหาสารคาม

ด้าน	กิจกรรม	แนวทางการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนประเมิน
๑. นโยบายสาธารณะและการบริหารจัดการ				
	๑.๑ ชุมชนมีการประกาศเป็นบันทึกข้อตกลง/นโยบายร่วมกัน เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัย ในชุมชน	มีหลักฐานเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น บันทึกข้อตกลง, นโยบาย, แผนการส่งเสริมสุขภาพเด็กปฐมวัยของชุมชน (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๑.๒ มีการจัดเวรดูแลเด็กในแต่ละวัน	มีทะเบียนผู้เข้าร่วมกิจกรรม/ผู้อยู่เวร (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
๒. สภาพแวดล้อม				
	๒.๑ มีพื้นที่และขอบเขตชัดเจนที่เอื้อต่อการเรียนรู้และกิจกรรมของลานเล่นในชุมชน, อยู่ในสถานที่ที่ปลอดภัย มีร่มไม้ หรือร่มเงา และพื้นของลานเล่นเป็นดิน ทราย	สังเกตและประเมินด้วยสายตา (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
๓. กิจกรรมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ ในลานเล่น				
	๓.๑ มีการจัดกิจกรรมในลานเล่นเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัยในชุมชนด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เผื่อระวังความปลอดภัย-โรคติดต่อ และสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ ได้แก่			
	๓.๑.๑ กิน : ๑) มีการสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสาธิต การจัดอาหารตามวัยให้พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก นมข้น กินไข่วันละฟอง และมีการส่งเสริมให้เด็กอายุ ๖ เดือน – ๕ ปี ทุกคนกินยาค้ำเสริมธาตุเหล็ก อย่างต่อเนื่องสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	มีบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม/ภาพประกอบ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๒) มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง/ความยาวเด็กปฐมวัย และสอนพ่อแม่ผู้ปกครองการแปลผลตามกราฟการเจริญเติบโต	มีบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม/ภาพประกอบ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๓.๑.๒ เล่น : จัดทำของเล่นเพื่อส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น	สังเกตและประเมินด้วยสายตา		

ด้าน	กิจกรรม	แนวทางการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนประเมิน
	๑) มีของเล่นเพื่อส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ (GM)	(มี ๕ ชนิดขึ้นไป = ๑ คะแนน, มี ๓ ชนิดขึ้นไป = ๐.๕ คะแนน และ ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๒) มีของเล่นเพื่อส่งเสริมกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM)	สังเกตและประเมินด้วยสายตา (มี ๕ ชนิดขึ้นไป = ๑ คะแนน, มี ๓ ชนิดขึ้นไป = ๐.๕ คะแนน และ ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๓.๑.๓ เล่า : ๑) มีมุมนิทาน มีระบบยืม/คืนของเล่นและหนังสือนิทานไปใช้ที่บ้าน	มีบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม/สมุดยืมและคืนหนังสือนิทาน/ภาพประกอบ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๒) มีกิจกรรมเล่านิทาน ในลานเล่น โดยพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก จิตอาสา ประชาชนชาวบ้าน เป็นต้น	มีบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม/ภาพประกอบ (มี = ๒ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๒	
	๓.๑.๔ ฟัน : ๑) มีการสอนสาธิตการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กให้ พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก	มีบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม/ภาพประกอบ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๓.๒ มีป้ายไว้นิให้ความรู้ เช่น ผลเสียของการเล่นโทรศัพท์มือถือ แท็บเล็ต และดูโทรทัศน์, ประโยชน์การกินไข่, ยาเสริมธาตุเหล็ก, การเล่านิทาน, การเล่น, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ฯลฯ	มีป้ายไว้นิให้ความรู้ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๓.๓ จำนวนครั้งของการจัดกิจกรรมในลานเล่น เพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาเด็กปฐมวัยในชุมชนด้วยกระบวนการ กิน กอด เล่น เล่า นอน เผื่อระวังความปลอดภัย-โรคติดต่อ และสุขภาพช่องปาก อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง	มีบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม/แผนการจัดกิจกรรมในลานเล่น/ภาพประกอบ (มี ๔ ครั้ง/เดือน = ๑ คะแนน, มี ๓ ครั้ง/เดือน = ๐.๗๕ คะแนน,	๑	

ด้าน	กิจกรรม	แนวทางการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนประเมิน
		มี ๒ ครั้ง/เดือน = ๐.๕ คะแนน, มี ๑ ครั้ง/เดือน = ๐.๒๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)		
๔. การติดตามและประเมินผล				
	๔.๑ มีการจัดเก็บข้อมูลจำนวนผู้ร่วมกิจกรรม/ ใช้ลานเล่น	มีบันทึกการเข้าร่วมกิจกรรม/ ภาพประกอบ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๔.๒ มีการประเมินผลความพึงพอใจของพ่อแม่ ผู้ปกครองและผู้ที่เกี่ยวข้อง	มีสรุปผลการประเมินความ พึงพอใจ พ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
	๔.๓ มีการประเมินสภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย ที่ใช้บริการในลานเล่น เรื่อง พัฒนาการ โภชนาการ สุขภาพช่องปาก และพฤติกรรม การใช้หน้าจอ (โทรศัพท์ แท็บเล็ต และ โทรทัศน์)	๑. มีผลการประเมินและ ภาพประกอบ ในเรื่อง ๑) การประเมินพัฒนาการ เด็กปฐมวัยตามช่วงวัยที่ต้อง เฝ้าระวังพัฒนาการ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
		๒) การเจริญเติบโตของเด็ก ปฐมวัย (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
		๓) การตรวจสุขภาพช่องปาก เด็กปฐมวัย (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
		๔) มีสรุปพฤติกรรมการใช้ หน้าจอ (โทรศัพท์ แท็บเล็ต และโทรทัศน์) (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	

ด้าน	กิจกรรม	แนวทางการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนประเมิน
	๔.๔ มีการสรุปผลและข้อเสนอแนะจากการเข้าร่วมกิจกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อการวางแผนพัฒนาต่อไป	มีบันทึกสรุปผลและข้อเสนอแนะ จากการเข้าร่วมกิจกรรมของพ่อแม่ ผู้ปกครอง และผู้ที่เกี่ยวข้อง (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	
รวม			๒๐	

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

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

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒ : ความสำเร็จของการพัฒนาผู้สูงอายุ

ตัวชี้วัดที่ ๒.๑ : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

ตัวชี้วัดที่ ๒.๒ : ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๓. เป้าหมาย :

๑. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๑๐๐

๒. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

๔. น้ำหนัก : ๕

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ โทร. ๐๘๕-๙๒๘๘๖๐๕

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางพิสมัย ศรีทำนา โทร. ๐๙๑-๘๖๗๔๓๙๙

๗. คำอธิบาย :

มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง มีการดำเนินงานตามองค์ประกอบ ดังนี้

๑. มีการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุในการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)

๒. มีการสนับสนุนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ กรมอนามัยอย่างน้อยตำบลละ ๑ ชมรม

๓. มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ภาครัฐหรือข่าย ท้องถิ่นและชุมชนอย่างมีส่วนร่วม

๔. มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ/เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและป้องกันดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในระดับตำบล

หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ

- มีการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการประเมินคัดกรองขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

- ชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับตำบล และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ กรมอนามัย

- มีระบบการส่งเสริมสุขภาพ/เฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและป้องกันดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในระดับตำบล เช่น ทันทสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มผู้สูงอายุ การประเมินผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุ Care Giver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อพมส. (อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ)) หรือ อสม.

ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพในระหว่าง ๖ เดือน ที่ผ่านมา ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัว ทุกข้อ ดังต่อไปนี้

๑. มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วันครั้งละ ๓๐ นาที หรือมีกิจกรรมทางกายสะสม ๑๕๐ นาที/สัปดาห์

๒. รับประทานผัก ผลไม้สด เป็นประจำ

๓. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว

๔. ไม่สูบบุหรี่/ไม่สูบบุหรี่

๕. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ยาโด่งเหล้า

โดยประเมินไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ผ่าน เว็บไซต์ (<https://docs.google.com/forms/d/e/๑FAIpQLSeiM๒-xbhSUnLhoMP KpfBuR๓Pow๒SGPDO๗tVq๙H-cXGgy๙zw/viewform>)

๘. สูตรการคำนวณ :

๒.๑ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	
รายการข้อมูลที่ ก. ๑	A=จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ
รายการข้อมูลที่ ก. ๒	B=จำนวนตำบลทั้งหมดในอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ข้อ ก.	$A/B \times 100$
รายการข้อมูลที่ ข. ๑	A=จำนวนกองทุนที่มีการ เบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุน LTC
รายการข้อมูลที่ ข. ๒	B=จำนวนกองทุนที่เข้าร่วม LTC ทั้งหมดในอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ข้อ ข.	$A/B \times 100$
๒.๒ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	
รายการข้อมูลที่ ก. ๑	A=จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทุกข้อ
รายการข้อมูลที่ ก. ๒	B=จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน/คัดกรองทั้งหมดในอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ข้อ ก.	$A/B \times 100$
รายการข้อมูลที่ ข. ๑	A=จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ทุกข้อ
รายการข้อมูลที่ ข. ๒	B= จำนวนผู้สูงอายุที่สุ่มประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ข้อ ข.	$A/B \times 100$

๙. เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

รายละเอียด/ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๒.๑ ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์		๓					
ก. ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ	ร้อยละ	๑.๕	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๑๐๐
ข. กองทุนที่มีการ เบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุน LTC ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	ร้อยละ	๑.๕	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
๒.๒ ร้อยละของประชากรสูงอายุ ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์		๒					
ก. ร้อยละของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์	ร้อยละ	๑	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐
ข. ร้อยละของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จากการสุ่มประเมิน	ร้อยละ	๑	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

๑๐. เงื่อนไข ให้ประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เฉพาะประชากรสูงอายุ กลุ่มติดสังคมเท่านั้น

๑๑. เหตุผล : เนื่องจากเป็นตัวชี้วัด(PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓)

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑. ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ	ร้อยละ	๑๘.๘๐	๔๕.๘๖	๘๓.๔๖	๙๘.๕๐
๒. กองทุนที่มีการ เบิกจ่ายงบประมาณจากกองทุน LTC ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	ร้อยละ	๙๖.๑๕	๙๘.๔๔	๖๘.๖๔	๗๖.๘๑
๓. ร้อยละของผู้สูงอายุมีสุขภาพที่พึงประสงค์ (Rapid survey)	ร้อยละ	๗๑.๓๖	๖๖.๑๒	๖๙.๒๑	NA

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. รายงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care)	- ตามแบบฟอร์มรายงานตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ที่จังหวัดกำหนด	✓	✓	✓
๒. รายงานข้อมูลผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ	- ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ (จากรายงาน ๔๓ แพ้มและ HDC ระดับจังหวัด)	✓	✓	✓
๓. ประเมินการบันทึกข้อมูลในระบบโปรแกรม ltc.nhso.go.th/ltc และโปรแกรม ltc.moph.go.th	- โปรแกรม ltc.nhso.go.th/ltc - โปรแกรม ltc.moph.go.th	✓	✓	✓
๔. รายงานของผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์	- ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ - ผลการดำเนินงานประเมิน ปีละ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือนมีนาคม ๒๕๖๓ ครั้งที่ ๒ เดือนกรกฎาคม ๒๕๖๓ จากรายงาน (https://docs.google.com/forms/d/e/๑FAIpQLSeiM๒-xbhSUnLh๐MPKpfBuR๓Powl๒SGPDO๓tVq๙H-cXGgy๙zw/viewform)	✓	✓	✓
๕. การสุ่มประเมินผู้สูงอายุชาย : หญิง (๕๐:๕๐) จากตำบลที่จับฉลากได้โดยสุ่ม จำนวน ๖ - ๑๐ คน	- สุ่มประเมินผู้สูงอายุชาย:หญิง (๕๐:๕๐) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๕ ข้อ	✓	✓	✓

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

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

๒. ตัวชี้วัดที่ ๓ : ความสำเร็จของการสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย

๓. เป้าหมาย : ๓.๑ ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย มากกว่าร้อยละ ๓๐

๓.๒ เจ้าหน้าที่ เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ ร้อยละ ๑๐๐

๓.๓ อสม. เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ มากกว่าร้อยละ ๕๐

๔. น้ำหนัก : ๔

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ โทร. ๐๔๓-๗๗๗-๙๗๒ ต่อ ๓๔๐

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : ว่าที่ ร.ต.หญิงศิริรัตน์ จำภูญชร โทร. ๐๘๘-๕๔๙-๐๘๒๕

๗. คำอธิบาย :

ความสำเร็จของการสร้างความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย หมายถึง ความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ เพื่อสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมการออกกำลังกาย โดยให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขเป็นต้นแบบด้านสุขภาพ โดยประกอบไปด้วย ๒ กิจกรรม ได้แก่ ๑) ครอบครัวในจังหวัดมหาสารคามมีการลงทะเบียน ในระบบข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย ตามโครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เฉลิมพระเกียรติฯ ๒) การร่วมกิจกรรมโครงการก้าวทำใจของบุคลากรทางสาธารณสุข

๑. ครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย หมายถึง จำนวนครอบครัวในพื้นที่ ที่ลงทะเบียนในระบบข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย ผ่านเว็บไซต์ <https://sites.google.com/view/activefam/report>

๒. การร่วมกิจกรรมโครงการก้าวทำใจของบุคลากรทางสาธารณสุข หมายถึง การเข้าร่วมกิจกรรมโครงการก้าวทำใจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในพื้นที่ จากรายงานใน Application Line ก้าวทำใจ

๒.๑ เจ้าหน้าที่ ที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ หมายถึง บุคลากรทางสาธารณสุขของหน่วยงานในพื้นที่ ทั้งที่เป็นข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้าง ทุกประเภท ที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ

๒.๒ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ ที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ

๘. สูตรการคำนวณ :

๑. ร้อยละของครอบครัวมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครอบครัวในพื้นที่ ที่ลงทะเบียนในระบบข้อมูลครอบครัวอบอุ่นออกกำลังกาย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครอบครัวในพื้นที่ ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
๒. การร่วมกิจกรรมโครงการก้าวทำใจของบุคลากรทางสาธารณสุข	
๒.๑ ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ	
รายการข้อมูล ๒.๑.๑	A = จำนวนเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ที่ลงทะเบียนและร่วมกิจกรรม
รายการข้อมูล ๒.๑.๒	B = จำนวนเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๒.๒ ร้อยละของ อสม. ที่เข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ	
รายการข้อมูล ๒.๒.๑	A = จำนวน อสม.ในพื้นที่ ที่ลงทะเบียนและร่วมกิจกรรม
รายการข้อมูล ๒.๒.๒	B = จำนวน อสม.ในพื้นที่ ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

รายละเอียด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละของครอบครัวที่มีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	ร้อยละ	๒	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
๒. การร่วมกิจกรรมโครงการก้าวทำใจของบุคลากรทางสาธารณสุข							
๒.๑ ร้อยละของเจ้าหน้าที่ ที่ลงทะเบียนและเข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ	ร้อยละ	๑	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
๒.๒ ร้อยละของ อสม. ที่ลงทะเบียนและเข้าร่วมกิจกรรมก้าวทำใจ	ร้อยละ	๑	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐

๑๐. เงื่อนไข -

๑๑. เหตุผล : สอดคล้องกับ PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓

โครงการ/ตัวชี้วัดที่ นพ.สสจ.มค. กำหนดเป็น KPI ประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ (กำหนดเมื่อวันที่ ๒๘ ต.ค. ๒๕๖๒)

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
จำนวนครอบครัวจังหวัดมหาสารคามมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	ครอบครัว	NA	NA	๒๗,๑๔๒

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. การแต่งตั้งคณะกรรมการระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน	๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ	✓	✓	✓
๒. การประชุมชี้แจงนโยบายแนวทางการขับเคลื่อนการดำเนินงานของ CUP และการจัดทำแผนปฏิบัติงาน/โครงการ/กิจกรรม	๑. รายงานการประชุม ๒. แนวทางการขับเคลื่อนงาน ๓. แผนปฏิบัติการ/โครงการ/กิจกรรม	✓	✓	✓
๓. ขับเคลื่อนกิจกรรมการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เณิมพระเกียรติฯ ผลักดันให้เกิดกิจกรรมคีตะมวยไทยในพื้นที่ลงทะเบียนใน Application ส่งเสริมให้ครอบครัวเกิดความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย และกิจกรรม “ก้าวทำใจ” รวมทั้งการส่งเสริมกิจกรรมทางกายอื่นๆ	๑. รายงานสรุปผลการดำเนินงานโครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เณิมพระเกียรติฯ ๒. ทะเบียนแกนนำออกกำลังกาย ๓. one page กิจกรรมคีตะมวยไทย ๔. one page กิจกรรมก้าวทำใจ	✓	✓	✓
๔. การบูรณาการกับกิจกรรมอื่นๆ		✓	✓	✓
๕. การควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงาน รวบรวม สรุป และรายงานผลการดำเนินงานตามระยะเวลาที่กำหนด	๑. ข้อมูลรายงานจาก https://sites.google.com/view/activefam/report ๒. ข้อมูลจากรายงานตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่ มค ๐๐๓๒.๐๐๖/ว๑๕๒ ลงวันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขอเชิญร่วมลงทะเบียนวิ่งสะสมระยะทาง และรายงานผลการดำเนินงาน กิจกรรม “ก้าวทำใจ” *ใช้ข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓	✓	✓	✓

ภาคผนวก

เป้าหมายการดำเนินงานโครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ เฉลิมพระเกียรติฯ
จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ แยกรายอำเภอ

ลำดับ ที่	อำเภอ	จำนวน ครัวเรือน* (ครอบครัว)	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๓ (ร้อยละ ๓๐) (ครอบครัว)	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๔ (ร้อยละ ๕๐) (ครอบครัว)	เป้าหมาย ปี ๒๕๖๕ (ร้อยละ ๖๐) (ครอบครัว)	ผลงาน ๙ มกราคม ๒๕๖๓
๑	เมือง	๔๓,๔๒๑	๑๓,๐๒๗	๒๑,๗๑๑	๒๖,๐๕๓	๒,๒๔๐
๒	แกดำ	๘,๑๓๓	๒,๔๔๐	๔,๐๖๗	๔,๘๘๐	๒,๓๙๐
๓	โกสุมพิสัย	๓๑,๒๕๑	๙,๓๗๕	๑๕,๖๒๖	๑๘,๗๕๑	๒,๓๒๓
๔	กันทรวิชัย	๑๘,๔๑๓	๕,๕๒๔	๙,๒๐๗	๑๑,๐๔๘	๓,๙๓๓
๕	เขียงยืน	๑๗,๔๔๗	๕,๒๓๕	๘,๗๒๔	๑๐,๔๖๘	๒,๖๙๒
๖	บรบือ	๒๘,๕๒๑	๘,๕๕๗	๑๔,๒๖๑	๑๗,๑๑๓	๗,๒๘๒
๗	นาเชือก	๑๖,๑๗๗	๔,๘๕๔	๘,๐๘๙	๙,๗๐๖	๓,๖๓๖
๘	พยัคฆภูมิ พิสัย	๒๔,๖๑๘	๗,๓๘๖	๑๒,๓๐๙	๑๔,๗๗๑	๓,๗๙๑
๙	วาปีปทุม	๒๘,๘๗๖	๘,๖๖๓	๑๔,๔๓๘	๑๗,๓๒๖	๓,๕๗๗
๑๐	นาคูน	๙,๓๑๓	๒,๗๙๔	๔,๖๕๗	๕,๕๘๘	๒,๐๗๕
๑๑	ยางสีสุราช	๘,๖๓๙	๒,๕๙๒	๔,๓๒๐	๕,๑๘๓	๑,๙๓๘
๑๒	กุฉีกรัง	๘,๖๐๒	๒,๕๘๑	๔,๓๐๑	๕,๑๖๑	๔,๖๖๕
๑๓	ชื่นชม	๖,๒๐๙	๑,๘๖๓	๓,๑๐๕	๓,๗๒๕	๑,๙๐๗
รวมทั้งหมด		๒๔๙,๖๒๐	๗๔,๘๙๑	๑๒๔,๘๑๐	๑๔๙,๗๗๒	๔๒,๔๔๙

* อ้างอิงจากข้อมูลในแฟ้ม Home ของฐานข้อมูล HDC เดือนธันวาคม ๒๕๖๒ : สืบค้นเมื่อ มกราคม ๒๕๖๓

ผลงานจากรายงาน <https://sites.google.com/view/activefam/report> วันที่ ๙ มกราคม ๒๕๖๓

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. ตัวชี้วัดที่ ๔ : ความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ
๓. เป้าหมาย : ระดับ ๕
๔. น้ำหนัก : ๓
๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสงัด เชื้อกลิ่นฟ้า โทร. ๐๘๓-๔๑๗-๐๘๖๐
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวระพีพร คำเจริญ โทร. ๐๘๖-๘๕๔-๑๘๕๒
๗. คำอธิบาย :

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

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

๘. สูตรการคำนวณ : คิดคะแนนตามกิจกรรมที่ได้ดำเนินงานตามแนวทางการประเมินผลที่กำหนดข้อละ ๑ คะแนน โดยแต่ละข้อเป็นอิสระต่อกัน

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

คิดคะแนนตามกิจกรรมที่ได้ดำเนินงานตามแนวทางการประเมินผลที่กำหนด ข้อละ ๑ คะแนน (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน) ซึ่งคะแนนแต่ละข้อเป็นอิสระต่อกัน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	<p>๑.๑ มีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต พร้อมทั้งคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย ๒ ประเด็น (คะแนนเต็ม ๐.๒ จำนวน ๒ ประเด็น ขึ้นไป ได้ ๐.๒ คะแนน/ไม่ครบจำนวน ๒ ประเด็น ได้ ๐ คะแนน)</p> <p>๑.๒ มีการจัดทำแผนพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา กำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด (คะแนนเต็ม ๐.๒ ครบทุกประเด็น ได้ ๐.๒ คะแนน/ไม่ครบครบทุกประเด็น ได้ ๐ คะแนน)</p> <p>๑.๓ มีการดำเนินการตามแผนพัฒนา/แก้ไขปัญหาครบทุกประเด็น โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงานของตัวชี้วัด ของประเด็นดำเนินการ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป ภาพรวมทุกประเด็น (คะแนนเต็ม ๐.๖ คะแนน) โดยตัดข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓</p>

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน						
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
๑			๒	๓	๔	๕	
	ร้อยละผลลัพธ์การดำเนินงานของตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐
	หมายเหตุ : โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ผลการประเมินกับคะแนนทั้งหมด ซึ่ง ๕ คะแนน = คะแนนทั้งหมดที่กำหนด						
๒	๒.๑ มีการประชุมของคณะกรรมการ พขอ. ติดตามการดำเนินงาน เดือนละ ๑ ครั้ง (ในระหว่าง ธันวาคม ๒๕๖๒-กรกฎาคม ๒๕๖๓) (คะแนนเต็ม ๐.๕ คะแนน)						
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
	จำนวนครั้งการประชุมติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการ พขอ.	ครั้ง	๕	๖	๗	๘	๙
	หมายเหตุ : โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ผลการประเมินกับคะแนนทั้งหมด ซึ่ง ๕ คะแนน = คะแนนทั้งหมดที่กำหนด						
	๒.๒ มีการรายงานความก้าวหน้าเสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด รายประเด็น รายตัวชี้วัด ทันเวลา ร้อยละ ๑๐๐ (ตัดข้อมูล วันที่ ๒๐ และรายงานผล ภายในวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน) รายงานผลการดำเนินงานในโปรแกรม ที่เว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (cockpit พขอ.) (ในระหว่าง มีนาคม ๒๕๖๒ - กรกฎาคม ๒๕๖๓) (คะแนนเต็ม ๐.๕ คะแนน)						
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละของการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ทันเวลา (ทุกตัวชี้วัด ทุกประเด็น)	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
	หมายเหตุ : โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ผลการประเมินกับคะแนนทั้งหมด ซึ่ง ๕ คะแนน = คะแนนทั้งหมดที่กำหนด						
๓	๓.๑ มีการบูรณาการการดำเนิน การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การบูรณาการงบประมาณ (งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ งบประมาณสำหรับการดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริ หมู่บ้านละ ๒๐,๐๐๐ บาท หรือจากแหล่งอื่น) ในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต คะแนนเต็ม ๐.๕ (มีการบูรณาการ ๐.๕ คะแนน/ไม่มีการบูรณาการ ๐ คะแนน)						
	๓.๒ มีการบูรณาการการดำเนิน การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การบูรณาการงบประมาณ (งบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ งบประมาณสำหรับการดำเนินงานตามโครงการพระราชดำริ หมู่บ้านละ ๒๐,๐๐๐ บาท หรือจาก						

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน																							
	แหล่งอื่น) ในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น คะแนนเต็ม ๐.๕ (จำนวน ๒ ประเด็นขึ้นไป ๐.๕ คะแนน/ไม่ครบจำนวน ๒ ประเด็น ๐ คะแนน)																							
๔	<p>๔.๑ ดำเนินการตามแผนพัฒนา/แก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิต โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) อย่างน้อย ๒ เรื่อง ณ วันประเมิน (แต่ละเรื่อง คนละประเด็น) (คะแนนเต็ม ๐.๕ คะแนนจำนวน ๒ เรื่องขึ้นไป ได้ ๐.๕ คะแนน/จำนวน ๑ เรื่อง ได้ ๐.๓ คะแนน/ไม่มี Best Practice ได้ ๐ คะแนน)</p> <p>๔.๒ มีการเยี่ยมเสริมพลังของ พขอ. ต่อระดับตำบล ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบล (ทุกรูปแบบ) (คะแนนเต็ม ๐.๕ คะแนน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</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>ร้อยละของตำบลที่มีการเยี่ยมเสริมพลังของ พขอ.</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๖๐</td> <td>๗๐</td> <td>๘๐</td> <td>๙๐</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ผลการประเมินกับคะแนนทั้งหมด ซึ่ง ๕ คะแนน = คะแนนทั้งหมดที่กำหนด</p>					ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละของตำบลที่มีการเยี่ยมเสริมพลังของ พขอ.	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน																						
		๑	๒	๓	๔	๕																		
ร้อยละของตำบลที่มีการเยี่ยมเสริมพลังของ พขอ.	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐																		
๕	<p>๕.๑ มีการดำเนินการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ภายใต้กลไก UCCARE โดยมีผลลัพธ์คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ (๖ ข้อ) (คะแนนเต็ม ๐.๒ คะแนน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</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>ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ</td> <td>ข้อ</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> <td>๖</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ผลการประเมินกับคะแนนทั้งหมด ซึ่ง ๕ คะแนน = คะแนนทั้งหมดที่กำหนด</p> <p>๕.๒ มีการสรุปผลการดำเนินงาน รวมทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (คะแนนเต็ม ๐.๖ คะแนน มีการสรุปผลการดำเนินงาน ได้ ๐.๖ คะแนน, ไม่มีการสรุปผลการดำเนินงาน ได้ ๐ คะแนน)</p> <p>๕.๓ มีการกำหนดแนวทางการดำเนินคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปีถัดไป (คะแนนเต็ม ๐.๒ คะแนน มีการกำหนดแนวทาง (เอกสาร) ได้ ๐.๒ คะแนน, ไม่มีการกำหนดแนวทาง ได้ ๐ คะแนน)</p>					ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ	ข้อ	๒	๓	๔	๕	๖
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน																						
		๑	๒	๓	๔	๕																		
ผลลัพธ์คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ	ข้อ	๒	๓	๔	๕	๖																		

๑๐. เจื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล : นโยบายเร่งรัด (PA) ของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ระดับ ๕	N/A	๕	๕

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

ข้อ ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการ ประเมินผล	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ. สต.
๑	<p>๑.๑ จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต พร้อมทั้งคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย ๒ ประเด็น</p> <p>๑.๒ จัดทำแผนพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอครบทุกประเด็น (กำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และผู้รับผิดชอบครบทุกประเด็น)</p> <p>๑.๓ ดำเนินการตามแผนพัฒนา/แก้ไขปัญหาครบทุกประเด็น</p>	<p>- รายงานการประชุม/เอกสารการประชุมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</p> <p>- แผนพัฒนา/แก้ไขปัญหา การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (กำหนดเป้าประสงค์ ตัวชี้วัด และผู้รับผิดชอบครบทุกประเด็น)</p> <p>- ผลการดำเนินการรายงานในโปรแกรม Cockpit พขอ. และ Cockpit Smart Kids Taksila ๔.๐ โดย ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ ก.ค. ๖๓</p>	✓		
๒	<p>๒.๑ มีการประชุมของ คณะกรรมการ พขอ. ติดตามการดำเนินงาน เดือนละ ๑ ครั้ง</p> <p>๒.๒ มีการรายงานความก้าวหน้าเสนอต่อผู้ว่าราชการจังหวัด รายประเด็น รายตัวชี้วัด ทันเวลา</p>	<p>การประชุมติดตามการดำเนินงาน คณะกรรมการฯ ภาพประกอบ และ/หรือเอกสาร/รายงานการประชุม</p> <p>- ผลการดำเนินการรายงานในโปรแกรม Cockpit พขอ. และ Cockpit Smart Kids Taksila ๔.๐ ทันเวลาทุกตัวชี้วัด ในทุกประเด็น ตัดข้อมูล วันที่ ๒๐ และรายงานผล</p>	✓		✓

ข้อ ที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการ ประเมินผล	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ. สต.
		ภายในวันที่ ๒๕ ของทุกเดือน (ในระหว่าง มี.ค. ๖๒ - ก.ค.๖๓)			
๓	<p>๓.๑ มีการบูรณาการการดำเนินงาน การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การบูรณาการงบประมาณ ในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๓.๒ มีการบูรณาการการดำเนินงาน การบริหารจัดการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง การบูรณาการงบประมาณ ในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น</p>	<p>เอกสาร (แผนงาน/โครงการ) แสดงการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต และใน cockpit พขอ.</p> <p>เอกสาร (แผนงาน /โครงการ) แสดงการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและใน cockpit พขอ.</p>	✓		
๔	<p>๔.๑ มีการเยี่ยมเสริมพลังของ พขอ. ต่อระดับ ครบทุกตำบล</p> <p>๔.๒ ดำเนินการตามแผนพัฒนา/แก้ไข ปัญหาคุณภาพชีวิต โดยมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติที่ดี (Best Practice) อย่างน้อย ๒ เรื่อง (แต่ละเรื่อง คนละประเด็น)</p>	<p>ภาพประกอบ และ/หรือเอกสาร ผลการเยี่ยมเสริมพลังของ พขอ. ต่อระดับ ครบทุกตำบล</p> <p>- ภาพประกอบ วิดิทัศน์ และ/หรือ เอกสารการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติที่ดี (Best Practice)</p>	✓		
๕	<p>๕.๑ การดำเนินการบริหารจัดการสร้างกลไก และพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการบูรณาการอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนภายใต้กลไก UCCARE</p> <p>๕.๒ มีการสรุปผลการดำเนินงาน รวมทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น</p> <p>๕.๓ มีการกำหนดแนวทางการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปีถัดไป (มีการกำหนดแนวทาง)</p>	<p>มีผลลัพธ์คุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ</p> <p>รายงานสรุปผลการดำเนินงาน ภาพประกอบ และ/หรือเอกสารการสรุปถอดบทเรียน</p> <p>เอกสาร แผน/แนวทาง การดำเนินงานกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในปีถัดไป (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 ร่วมกับงานอื่นหรือภาคีเครือข่าย ในอำเภอได้	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง <u>ทีมภายในหน่วยงานเดียวกัน</u> (ทีมรพ.กับรพ.,ทีมรพ.สต.กับทีมรพ.สต., <u>ทีมระหว่างหน่วยงาน</u> (ทีมรพ.กับทีมรพ.สต.), <u>ทีมแนวตั้งและทีมแนวราบและ/หรือ ทีมข้ามสายงาน</u> (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)

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	มีช่องทางในการ รับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของ ประชาชน และ ผู้รับบริการเป็น แบบ reactive -มีการจำแนก กลุ่มเป้าหมาย แต่ละกลุ่มวัย -มีแนวทางใน การจัดการ แก้ไข ปัญหาทุก ช่องทาง	มีช่องทางใน การรับรู้และ เข้าใจความ ต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการที่ หลากหลาย อย่างน้อยใน กลุ่มที่มีปัญหา สูง -มีช่องทาง การรับรู้/รับฟัง/ เข้าใจและ เรียนรู้ความ ต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการที่ หลากหลายใน แต่ละกลุ่ม	มีช่องทางการ รับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของประชาชน และผู้รับบริการ แต่ละกลุ่ม ครอบคลุม ประชากรส่วน ใหญ่ และนำมา แก้ไข ปรับปรุง ระบบงาน -มีการทบทวน เรียนรู้ หา แนวทางแก้ไข ปัญหาทุก ช่องทางการรับรู้ ให้มี ประสิทธิภาพ มากขึ้นในแต่ละ กลุ่ม -ขยายผลไปยัง ประชากรกลุ่ม อื่น	มีการเรียนรู้ และพัฒนา ช่องทางการ รับรู้ความ ต้องการของ ประชาชนแต่ ละกลุ่ม ให้ สอดคล้อง และ มีประสิทธิภาพ มากขึ้น -มีการประเมิน ความพึงพอใจ ตาม กลุ่มเป้าหมาย -มีการนำ ปัญหาอุปสรรค ในการ ให้บริการตาม กลุ่มมาวางแผน หาแนว ทางแก้ไข ร่วมกัน	ความต้องการ ของประชาชน และผู้รับบริการ ถูกนำมาบูรณา การกับระบบงาน ต่างๆจนทำให้ ประชาชนเชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมีส่วน ร่วมกับ เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ -มีแนวทางใน การจัดการแก้ไข พัฒนาปรับปรุง ปัญหาทุก ช่องทาง -หน่วยงานอื่น ร่วมช่วยเหลือ ดูแลผู้รับบริการ ตามกลุ่มด้วย	ความต้องการ ของประชาชน และ ผู้รับบริการ (HealthNeed) หมายถึง ประเด็นปัญหา หรือประเด็น พัฒนาที่ ประชาชนและ ผู้รับบริการ จำเป็นต้อง ได้รับโดยหมาย รวมทั้งในส่วน ของ felt need (เช่น การรักษาฟื้นฟู) และ unfelt need (เช่น บริการ ส่งเสริม ป้องกัน)

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 และภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม</u> ในการดำเนินงานด้านสุขภาพ -ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิด/วางแผนงานหรือกิจกรรมด้านสุขภาพ	ดำเนินการให้ชุมชนและภาคีเครือข่าย <u>ร่วมรับรู้ร่วมดำเนินการด้านสุขภาพในงานที่หลากหลาย</u> และขยายวงกว้างเพิ่มขึ้น -ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านสุขภาพ -มีการจัดระบบสุขภาพพร้อมกัน เช่น งาน NCD งานควบคุมโรค -มีผลลัพธ์เป็นรูปธรรม	ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมคิดร่วม <u>ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ</u> และมีการขยายวงได้ <u>ค่อนข้างครอบคลุม</u> -มีการขยายผลลัพธ์การดำเนินงานไปยังชุมชน/หมู่บ้านอื่น	ชุมชนและภาคีเครือข่ายร่วมคิดร่วมวางแผนร่วมดำเนินการด้านสุขภาพและมีการ <u>ทบทวนเรียนรู้ปรับปรุงกระบวนการมีส่วนร่วม</u> ให้เหมาะสมมากขึ้น -ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม <u>ทบทวนร่วม</u> รับผิดชอบและตรวจสอบ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลลัพธ์ที่ได้และมีการปรับปรุง	ชุมชนและภาคีเครือข่าย <u>ร่วมดำเนินการอย่างครบวงจร</u> รวมทั้งการประเมินผล <u>จนร่วมเป็นเจ้าของการดำเนินงาน</u> เครือข่ายบริการปฐมภูมิ -ชุมชนและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของมีการจัดการปัญหาสุขภาพแบบบูรณาการกับงานอื่น	ระดับของการมีส่วนร่วม : ร่วมรับรู้ ร่วมคิด ร่วมดำเนินการ และร่วมประเมินผล

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 -มีการนำข้อมูล ที่เป็นปัจจัยที่มี ผลต่อระบบ การทำงานที่ ทำให้ทีมงาน 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 เรียนรู้บทวน <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 -มีการประชุม เพื่อการ 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 -องค์กรมีการใช้ และ 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	มีแนวทาง หรือ เริ่มดำเนินการ จัดระบบดูแล สุขภาพพื้นฐาน ที่จำเป็นในแต่ ละ กลุ่ม ตามบริบท ของชุมชน -มีข้อมูลในแต่ ละกลุ่มวัย ตาม การจัดระบบ การดูแลสุขภาพ พื้นฐาน (กลุ่ม ปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย) -มีการวิเคราะห์ ปัญหาสุขภาพ ตามกลุ่มวัย	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ ตามบริบท และ ตามความ ต้องการของ ผู้รับบริการ ประชาชน และ ชุมชนบางส่วน โดยเฉพาะกลุ่ม ที่มีปัญหาสูง -กลุ่มปกติ ได้รับการ ส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มป่วย ด้รับ การจัดบริการ ดูแลสุขภาพ ตามมาตรฐาน และความ ต้องการของ ผู้รับบริการ -ลงเยี่ยม ๑ case	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพตาม บริบทตามความ ต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ละ กลุ่มและชุมชน ที่ครอบคลุม ประชากร ส่วนใหญ่ -มีการขยายผล การแก้ปัญหา สุขภาพตาม กลุ่มวัย ของ กลุ่มเสี่ยงและ กลุ่มป่วยไปยัง หมู่บ้าน/ชุมชน อื่น	มีการเรียนรู้ ทบทวนการ จัดระบบดูแล สุขภาพและ พัฒนาอย่าง ต่อเนื่องเพื่อให้ เกิดการดูแล สุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้องมาก ขึ้น -การนำปัญหา อุปสรรคในการ จัดบริการ สุขภาพตาม กลุ่มวัย มา ทบทวน หา แนวทางแก้ไข ร่วมกันเพื่อให้ เกิดการพัฒนา และการ จัดบริการ สุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้องกับ ความต้องการ ของผู้รับบริการ	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ อย่างบูรณาการ ร่วมกับ ประชาชน ชุมชนภาคีภาค ส่วนที่เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชน มีสถานะสุขภาพ ดี -หน่วยงานอื่น มีการ ร่วม ช่วยเหลือ สนับสนุน เช่น วัสดุอุปกรณ์ และ/หรือ การ ร่วมจัดบริการ ร่วมกัน เช่น ทีม เยี่ยมบ้าน มี จนท. อบต. พัฒนาชุมชน ฯลฯ ร่วมด้วย	Essential Care หมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่ จำเป็นสำหรับ ประชาชนโดย สอดคล้องกับ บริบทของ ชุมชน และ เป็นไปตาม ศักยภาพของ เครือข่าย บริการปฐมภูมิ

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๑ : ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นเลิศ (PP&P Excellence)
๒. ตัวชี้วัดที่ ๕ : ความสำเร็จของการดำเนินงานยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด
๓. เป้าหมาย : อำเภอมีมาตรการขับเคลื่อนการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด
๔. น้ำหนัก : ๕
๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายประวัติน แผลงมาลัย โทร. ๐๘๕-๐๐๒-๗๖๓๔
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุกัญญา สารฤทธิคาม โทร. ๐๘๑-๕๔๔-๖๑๕๙
๗. คำอธิบาย :

การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด หมายถึง การดำเนินงานใน ๓ ประเด็น ได้แก่

- (๑) การขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- (๒) ระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชนและ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมี เกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)
- (๓) การจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐)

สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง หมายถึง สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด พาราควอต ไกลโฟเสต และคลอร์ไพริฟอส

การขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงในระดับอำเภอ หมายถึง การดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการเพื่อยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรร่วมกันในระดับอำเภอ ผ่านกลไกของ คณะกรรมการ พชอ. หรืออนุคณะกรรมการสาธารณสุขอำเภอ (อสรอ.) หรือการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ

Mobile Application หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพื้นที่สำหรับ อสม. ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เคลื่อนที่

คลินิกสารเคมีทางการเกษตร หมายถึง คลินิกสุขภาพเกษตรกร หรือคลินิกการจัดบริการอาชีวอนามัย ให้กับแรงงานในชุมชนสำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีอยู่เดิมและดำเนินการอยู่แล้ว หรือสามารถจัดตั้งขึ้นมาใหม่ได้ โดยคลินิกสารเคมีทางการเกษตร ประกอบไปด้วย ป้ายแสดงการจัดบริการ แนวปฏิบัติในการเฝ้าระวังและรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ หรือสามารถดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินคลินิกสุขภาพ เกษตรกรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

การจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม หมายถึง กระบวนการรวบรวมหรือสำรวจข้อมูลสถานการณ์ ทางด้าน อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อมในประเด็นที่เกี่ยวข้องทางด้านเกษตรกรรม โดยรวบรวมข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการใช้

สารเคมีทางการเกษตร และข้อมูลการเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาวิเคราะห์ และจะทำเป็นข้อมูลพื้นฐานหรือข้อมูลสถานการณ์ สำหรับใช้ในการวางแผนและเฝ้าระวังสุขภาพประชาชน

เกษตรกรรม หมายถึง อาชีพเพาะปลูกพืชต่างๆ ที่อาจจะมีการใช้สารเคมีทางการเกษตร ได้แก่ การทำไร่ ทำนา ทำสวน เป็นต้น

การคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร หมายถึง การประเมิน ความเสี่ยงต่อสุขภาพตามแบบ นบก ๑-๕๖ และการคัดกรองความเสี่ยงด้วยกระดาษ Reactive paper

การรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) หมายถึง เจ้าหน้าที่ ของหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ รายงานผู้ป่วยจากพิษสารเคมีทางการเกษตร ในระบบ ๔๓ แฟ้ม ของ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้แก่ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากสถานพยาบาลว่าป่วยจากพิษสารกำจัดศัตรูพืช (ICD ๑๐ TM Code T๖๐.๐, T๖๐.๑, T๖๐.๒, T๖๐.๓, T๖๐.๔, T๖๐.๘, T๖๐.๙ ซึ่งไม่รวมการตั้งใจทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย (ICD ๑๐ TM สาเหตุภายนอกคือ X ๖๘)

๘. **สูตรการคำนวณ :** ประเมินตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

๙. **เกณฑ์การให้คะแนน :**

โดยที่ : การยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง ๓ ชนิด ประเมินตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน																														
๑	<p>การดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการเพื่อยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรร่วมกันในระดับอำเภอ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมของคณะกรรมการ พชอ. หรือคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอ (อสธอ.) หรือการประชุมประจำเดือนส่วนราชการประจำอำเภอ (๐.๕ คะแนน, ไม่มี ๐ คะแนน) - มีการขึ้นป้ายประชาสัมพันธ์รณรงค์ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (๐.๕ คะแนน, ไม่มี ๐ คะแนน) 																														
๒	<p>ระบบรับแจ้งข่าวการใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส โกลโฟเสต) โดยประชาชนและ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของหมู่บ้านที่ อสม.หมอบริการบ้านสำรวจการใช้/การป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิดโดยใช้ App อสม.ออนไลน์ (๐.๕ คะแนน) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <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>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละของครัวเรือนที่ อสม.หมอบริการบ้านสำรวจการใช้/การป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิดโดยใช้ App อสม.ออนไลน์ (๐.๕ คะแนน) <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <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>ร้อยละ ๑</td> <td>ร้อยละ ๕</td> <td>ร้อยละ ๑๐</td> <td>ร้อยละ ๑๕</td> <td>ร้อยละ ๒๐</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐
เกณฑ์การให้คะแนน																															
๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน																											
ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐																											
เกณฑ์การให้คะแนน																															
๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน																											
ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐																											

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน																														
๓	<p>สถานบริการสาธารณสุขมีคลินิกสารเคมีทางการแพทย์และมีฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลเกษตรกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง/ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสารเคมี)/ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการแพทย์/ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม ฯลฯ</p> <p>- ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุข (รพ.สต./รพช./รพท.) มีการจัดตั้งคลินิกสารเคมีทางการแพทย์ (๐.๕ คะแนน)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <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>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>- มีฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม (๐.๕ คะแนน, ไม่มี ๐ คะแนน) (ตามแบบฟอร์ม OEHP ในภาคผนวก)</p>	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐															
เกณฑ์การให้คะแนน																															
๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน																											
ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐																											
๔	<p>การคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการแพทย์</p> <p>- ร้อยละของเกษตรกรที่ได้รับการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพตามแบบ นบก ๑-๕๖ (๐.๕ คะแนน)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <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>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>(แบบ นบก ๑-๕๖ ในภาคผนวก)</p> <p>- ร้อยละของเกษตรกรที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงด้วยกระดาษ Reactive paper และรายงานผลการคัดกรองผ่านโปรแกรมสถานะสุขภาพ (HDC) (๐.๕ คะแนน)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <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>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐
เกณฑ์การให้คะแนน																															
๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน																											
ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐																											
เกณฑ์การให้คะแนน																															
๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน																											
ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐																											
๕	<p>การดูแล/รักษาเกษตรกรที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการแพทย์</p> <p>- ร้อยละของกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มไม่ปลอดภัยที่ได้รับการติดตามเข้ารับการรักษาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (๐.๕ คะแนน)</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <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>ร้อยละ ๔๐</td> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๖๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๘๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>- มีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการแพทย์ (รหัสโรค T๖๐) (๐.๒ คะแนน, ไม่มี ๐ คะแนน)</p>	เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐															
เกณฑ์การให้คะแนน																															
๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน																											
ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐																											

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
	- มีการรายงานการสอบสวนการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) (๐.๓ คะแนน, ไม่มี ๐ คะแนน)

๑๐.เงื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑.เหตุผล : PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ความสำเร็จในการดำเนินงานยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายต่อสุขภาพ				
(๑) การขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		NA	NA	NA
(๒) ระบบรับแจ้งข่าว การใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชนและ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)		NA	NA	NA
(๓) การจัดทำฐานข้อมูลอาชีพนามัยและ สิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม และมีการรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรคT๖๐)	ราย	NA	๘๐	๑๓๓

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
<p>๑) การดำเนินการขับเคลื่อนมาตรการเพื่ออยู่ดีการใช้สารเคมีทางการเกษตรร่วมกันในระดับอำเภอ (๑ คะแนน)</p> <p>๑.๑) ผ่านกลไกการประชุมของคณะกรรมการ พขอ. หรือคณะอนุกรรมการสาธารณสุขอำเภอ (อสรอ.) หรือการประชุมประจำเดือนส่วนราชการประจำอำเภอ (๐.๕ คะแนน)</p> <p>๑.๒) ผ่านการขึ้นป้ายประชาสัมพันธ์รณรงค์ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (๐.๕ คะแนน)</p>	<p>- วาระประชุม/รายงานการประชุม</p> <p>- ป้ายประชาสัมพันธ์ (เชิงประจักษ์)</p>		✓	
<p>๒) มีระบบรับแจ้งข่าวการใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชนและ อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)</p>	<p>- ประมวลผลจาก App อสม.ออนไลน์</p>	✓	✓	✓
<p>๓) มีคลินิกสารเคมีทางการเกษตรและมีฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupational and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป/ข้อมูลเกษตรกรรมและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง/ข้อมูลปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (ข้อมูลสารเคมี)/ข้อมูลผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร/ข้อมูลการเจ็บป่วยด้วยโรคจากการประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม</p>	<p>- การจัดบริการคลินิกสารเคมีทางการเกษตร</p> <p>- รายงานตามแบบฟอร์ม OEHP ในภาคผนวก</p>		✓	✓
<p>๔) มีการคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร อย่างน้อยสถานบริการละ ๑๐๐ ราย (๑ คะแนน)</p>	<p>- รายงานจากระบบ HDC</p>	✓	✓	✓

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
๕) มีการรายงานผลการคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร/การเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T๖๐) และรายงานการสอบสวนโรค (กรณี มีเคสเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร) (๑ คะแนน)	- รายงานจากระบบ HDC - รายงานการสอบสวนโรค	✓	✓	✓

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ตัวชี้วัดที่ ๖ : ความสำเร็จของการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
 - ตัวชี้วัดที่ ๖.๑ : ความสำเร็จ ด้านกระบวนการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
 - ตัวชี้วัดที่ ๖.๒ : ความสำเร็จ ด้านผลลัพธ์การดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
๓. เป้าหมาย : ระดับ ๕
๔. น้ำหนัก : ๒
๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรพรรณ คุณกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๓
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาพร กุณาศล โทร.๐๘๘-๕๖๘-๑๐๓๘
๗. คำอธิบาย :

หน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit)และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Network Primary Care Unit) ตาม พรบ.ปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๒ หมายถึง คลินิกหมอครอบครัวเดิม (Primary care Cluster: PCC) ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๒ ที่ได้รับการยืนยันเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามหลักเกณฑ์ของ พรบ.ปฐมภูมิ และหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดบริการใหม่ในปี พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชน ร้อยละ ๔๐ ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว โดยทีมสหวิชาชีพเพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิ ให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน

หน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่จะขึ้นทะเบียน ผ่านหลักเกณฑ์ mS ดังนี้

Staff : แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน

พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ๒ คนเป็นอย่างน้อย

นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๒ คนเป็นอย่างน้อย

System : จัดทีม ๑ ทีมให้บริการดูแลประชาชน ประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน ± ๒๐๐๐ คน

มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

มีระบบการให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงสะดวก โดยใช้เทคโนโลยี

ดูแลระบบส่งต่อเชื่อมโยง รพ.แม่ข่ายในการจัดบริการ

จัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ

ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจาก รพ.แม่ข่าย

ระบบสารสนเทศ ข้อมูลสถานสุขภาพ แพ้มครอบครัว /รายบุคคล

Structure : มีอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม ที่เหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ

สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิ

พื้นที่ที่จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมาย ดูแลประชาชนในเขตรับผิดชอบ ร้อยละ ๔๐

รพช. ระดับ F๒, F๓ ประชากร น้อยกว่า ๓๐,๐๐๐ คน ให้จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพ.

รพช. ระดับ F๑, F๒, M๑, M๒ ให้จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิใน รพ. และขยายหน่วยบริการ

ปฐมภูมิใน ระดับ รพ.สต. และ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

รพท. ระดับ S จัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพ. และขยายหน่วยบริการปฐมภูมิ ใน รพ.สต./

ศูนย์สุขภาพชุมชน

ตัวชี้วัด ตามแนวทาง พรบ.ปฐมภูมิ ปี๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๒	ปีงบประมาณ ๒๕๖๓
ร้อยละ ๔๐ ของประชาชนในพื้นที่ รับผิดชอบ มีแพทย์เวชศาสตร์ ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการ อบรมและคณะผู้ให้บริการปฐมภูมิ ดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการ การแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัวได้ตาม เกณฑ์ ๓S ตามแผนการจัดตั้ง คลินิกหมอครอบครัว	ร้อยละ ๔๐ ของประชาชนใน พื้นที่รับผิดชอบ มีแพทย์เวช ศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ ผ่านการอบรมและคณะผู้ ให้บริการปฐมภูมิ ดูแลด้วยหลัก เวชศาสตร์ครอบครัว

การพัฒนากระบวนการปฐมภูมิให้มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย และปัญหา
สาธารณสุขในระดับพื้นที่ และสามารถเชื่อมโยงบริการจากครัวเรือนจนถึงระดับศูนย์เชี่ยวชาญ การดูแล
ต่อเนื่องที่บ้าน หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อพ้นภาวะวิกฤต ตลอดจนการจัดระบบดูแลระยะยาวด้าน
สาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแล
สุขภาพของคนทั้งอำเภอ ผสมผสานทำงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู และสามารถลดความแออัดใน
โรงพยาบาลแม่ข่ายได้

ความสำเร็จของการดำเนินงานของทีมหมอครอบครัว (FCT) และคลินิกหมอครอบครัว (PCC)
หมายถึง อำเภอสามารถพัฒนาทีมหมอครอบครัว (FCT) ทุกระดับ เพื่อยกระดับหน่วยบริการปฐมภูมิเป็น
คลินิก หมอครอบครัว มีผลลัพธ์ในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด

ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง อำเภอมี
การดำเนินงานตามแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิเพื่อให้การจัดบริการประชาชนตามหลักเวชศาสตร์
ครอบครัว ในพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดแออัด ลดการรอคอยในสถานบริการ
ผ่านกระบวนการทำงานร่วมกับ พชอ. โดยใช้กลวิธี การชื่นชม (AI) และการจัดการความรู้(KM) ส่งเสริมให้
ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้และไม่ทอดทิ้งกัน มีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะที่ดีและคุณภาพชีวิตของ
ประชาชน โดยมีผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด

๘. สูตรการคำนวณ : -

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

๖.๑ ด้านกระบวนการ : ความสำเร็จของการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
(น้ำหนัก ๑)

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

หลักเกณฑ์การประเมินด้านกระบวนการ :

ระดับ	รายละเอียด/เกณฑ์
๑	- มีกระบวนการขับเคลื่อนในระดับอำเภอ
๒	- มีการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงบริการของประชาชนในระบบปฐมภูมิ ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (OP VISIT) - มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามแผน
๓	มีการจัดบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว
๔	ผลการดำเนินงานในกลุ่มที่เป็นปัญหาเชื่อมโยงทุกระดับตั้งแต่ ชุมชน ตำบล อำเภอ
๕	ถอดบทเรียนการพัฒนาคุณภาพปฐมภูมิ

๖.๒ ด้านผลลัพธ์ : ความสำเร็จของการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว (น้ำหนัก ๑)

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละของ การใช้ คู่มือ DSPM โดย อสม. ในการประเมินพัฒนาการเด็ก ใน ศสมช.	๐.๒	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๒. ร้อยละของการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี เพื่อให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว (Family consult meeting) และตัดสินใจวางแผนครอบครัว (Family planning)	๐.๒	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๓. ร้อยละของ ผู้ป่วย STEMI ที่เข้าถึงบริการภายใน Golden Period (On set to needle/PCI)	๐.๒	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
๔. ร้อยละของ ผู้ป่วย STROKE ที่เข้าถึงบริการภายใน Golden Period (On set to needle)	๐.๒	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
๕. การติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง (COC) การเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ตามเกณฑ์ QOF	๐.๒	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

๑๐. เงื่อนไข : (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล :

๑. เป็นตัวชี้วัด PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
๒. เพื่อลดแออัดในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ ทุกกลุ่มวัย และปัญหาสาธารณสุขในระดับพื้นที่
๓. เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการจัดการระบบการเชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิจากครัวเรือนจนถึงระดับศูนย์เชี่ยวชาญ การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หรือสถานพยาบาลใกล้บ้าน เมื่อพ้นภาวะวิกฤตตลอดจนการจัดการระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง โดยมีเป้าหมายที่จะขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพของคนทั้งอำเภอ ผสมผสานทั้งงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ความสำเร็จด้านกระบวนการดำเนินงานตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	ระดับ	-	๓.๖๙	๔

๑๓. แนวทางการประเมินผล

๑. ด้านกระบวนการ

ระดับ	วิธีการประเมิน	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑	กระบวนการขับเคลื่อนในระดับอำเภอ	๑. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ๓. แผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ๑๐ ปี ๔. แผนพัฒนาระบบปฐมภูมิ ปี ๒๕๖๓	✓		
๒	- มีการวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงบริการของประชาชนในระบบปฐมภูมิในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (OP VISIT) - มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	๑. สรุปข้อมูลการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการของประชาชนในระบบปฐมภูมิ ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (OP VISIT) ในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU) ๒. มีข้อมูลสรุปการวิเคราะห์บุคลากร ในวิชาชีพ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และ บุคลากรอื่นๆ ตามเกณฑ์ ในระบบปฐมภูมิในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพและแผนพัฒนาบุคลากรตามส่วนขาด	✓ ✓		
๓	มีการจัดบริการตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	๑. มีการจัดโครงสร้างทีมหมอครอบครัว (FCT) ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ๒. มีแผนการออกให้บริการของแพทย์อย่างน้อย ๑ ครั้ง/เดือน/	✓ ✓		

ระดับ	วิธีการประเมิน	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
		FCT ๓. สรุปข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ตาม WECAN-DO ของแต่ละ FCT ๔. มีคู่มือในการปฏิบัติ (CPG) ที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชน ตำบล และอำเภอ ในกลุ่มที่เป็นปัญหา อย่างน้อย ๑ กลุ่ม	✓	✓	✓
๔	ผลการดำเนินงานในกลุ่มที่เป็นปัญหาเชื่อมโยงทุกระดับตั้งแต่ ชุมชน ตำบล อำเภอ	สรุปผลการจัดบริการปฐมภูมิ ตามหลัก ๑A๔C ในกลุ่มที่เป็น ปัญหาตามที่กำหนดใน CPG	✓	✓	✓
๕	ถอดบทเรียนการพัฒนา คุณภาพปฐมภูมิ	เอกสารสรุปถอดบทเรียน สังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ใน รูปแบบ CQI/R๒R/ วิจัย/ นวัตกรรม อย่างน้อย ๑ เรื่อง	✓		

๒. ด้านผลลัพธ์

ระดับ	วิธีการประเมิน	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑	ร้อยละ ของ การใช้ คู่มือ DSPM โดย อสม. ในการ ประเมินพัฒนาการเด็ก ใน ศสมช.	อำเภอสรุป ผลการดำเนินงาน และ สุ่มประเมินคู่มือ DSPM ของอสม. ทุกคน ใน ศสมช. ๒ แห่ง ในพื้นที่ๆ เป็นตัวแทนอำเภอในการประเมิน รพ.สต. ตีตกดาว (๒ แห่ง)	✓	✓	✓
๒	ร้อยละของการติดตามเยี่ยม บ้านหญิงตั้งครรภ์ที่อายุต่ำ กว่า ๒๐ปี เพื่อให้คำปรึกษา แก่ครอบครัว (Family consult meeting) และ ตัดสินใจวางแผนครอบครัว (Family planning)	๑. ฐานข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่อายุ ต่ำกว่า ๒๐ ปี จาก HDC ๒. สุ่มดูจาก Family Folder ร้อยละ ๕๐ ของหญิงตั้งครรภ์ที่ อายุต่ำกว่า ๒๐ ปี ในรพ.สต.ที่ต้อง ประเมิน รพ.สต. ตีตกดาว ปี ๒๕๖๓ (๒ แห่ง)	✓	✓	✓
๓	ร้อยละของ ผู้ป่วย STEMI ที่เข้าถึงบริการภายใน Golden Period (On set to needle/PCI)	ฐานข้อมูลระบบรายงานห้อง ฉุกเฉินระดับอำเภอ ของผู้ป่วย STEMI ที่เข้าถึงบริการภายใน Golden Period (On set to needle/PCI)	✓		

ระดับ	วิธีการประเมิน	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๔	ร้อยละของ ผู้ป่วย STROKE ที่เข้าถึงบริการภายใน Golden Period (On set to needle)	ฐานข้อมูลระบบรายงานห้องฉุกเฉินระดับอำเภอ ของ ผู้ป่วย STEMI ที่เข้าถึงบริการภายใน Golden Period (On set to needle/PCI)	✓		
๕	การติดตามเยี่ยมบ้านและดูแลต่อเนื่อง (COC) การเยี่ยมบ้านในกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ ตามเกณฑ์ QOF	จากข้อมูล QOF ปี ๒๕๖๓	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ตัวชี้วัดที่ ๗ : ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
๓. เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐
๔. น้ำหนัก : ๓
๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรวรรณ คุสกุศลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวมาลี ใหม่คามิ โทร. ๐๘๖-๘๖๔-๔๑๖๔
นางสุพัตรา เอกตาแสง โทร. ๐๙๑-๘๖๕-๙๑๑๐

๗. คำอธิบาย :

ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัซฟิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD)

อสม. หมอบริการบ้าน หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม.ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอบริการบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

มีคุณภาพชีวิตที่ดี หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จาก อสม.หมอบริการบ้าน ๑ คน ดูแลอย่างน้อย ๓ ครอบครัว ที่มีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะฟัซฟิง โรคไตเรื้อรัง (CKD) โรคไม่ติดต่อ (NCD) มีคุณภาพชีวิตที่ดี ต้องประเมินผ่านเกณฑ์ตามแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด บันทึกผลการประเมินใน เว็บไซต์ www.thaiphc.net

๘. สูตรการคำนวณ :

$$\begin{aligned} & \text{ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี} \\ & = \frac{\text{จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (จำนวน อสม.หมอบริการบ้าน} \times \text{๓ คน)}} \\ & \text{ร้อยละของ Family Folder และแบบประเมิน ของผู้ป่วยเป้าหมาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี} \\ & = \frac{\text{จำนวน Family Folder และแบบประเมิน ของผู้ป่วยเป้าหมาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี} \times 100}{\text{จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด (จำนวน อสม.หมอบริการบ้าน} \times \text{๓ คน)}} \end{aligned}$$

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

แบ่งน้ำหนักคะแนนเป็น ๒ ส่วน

ส่วนที่ ๑ จากการบันทึกข้อมูลใน www.thaiphc.net ตัดยอดข้อมูลตามวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ นำมาคำนวณตามสูตรการคำนวณร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบริการบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี และนำร้อยละของผลงานไปเทียบกับเกณฑ์ให้คะแนน (น้ำหนัก ๑.๕)

รายละเอียด	หน่วย วัด	น้ำหนัก	คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบระจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ	๑.๕	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

ส่วนที่ ๒ จากการสุ่มพื้นที่ ๒ รพ.สต. ต่อ ๑ อำเภอที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย รพ.สต.ติดตาม โดย สัมภาษณ์ อสม.หมอบระจำบ้านทุกคน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และดูหลักฐานในระดับตำบล เฉพาะ รพ.สต.ที่ถูกสุ่ม (น้ำหนัก ๑.๕) ดังนี้

๑. ทะเบียนการมอบหน้าที่ให้ อสม.หมอบระจำบ้านดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย
๒. แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรายบุคคล นับเฉพาะแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์ นำจำนวนมาเทียบร้อยละกับจำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ อสม.หมอบระจำบ้านดูแล
๓. ดู Family Folder ของผู้ป่วยเป้าหมายที่ อสม.หมอบระจำบ้านดูแลทั้งหมด เลือกเฉพาะ Family Folder ที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น นำจำนวนมาเทียบร้อยละกับจำนวนผู้ป่วยเป้าหมายที่ อสม.หมอบระจำบ้านดูแล เกณฑ์การให้คะแนน
๔. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบระจำบ้าน ในหมู่บ้านที่ตั้ง รพ.สต. ๓ ราย ต่อ รพ.สต.

รายละเอียด	หน่วย วัด	น้ำหนัก	คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของ Family Folder และแบบประเมิน ของผู้ป่วยเป้าหมาย มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ	๑.๕	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

๑๐. เจ็อนไข (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล : ระบุเหตุผลความจำเป็นที่ต้องวัดตัวชี้วัดนี้

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอบระจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ	-	-	-

เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐาน (Baseline)

๑๓. แนวทางการประเมินผล

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
๑. ตรวจสอบบันทึก ผลการประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ในเว็บไซต์ www.thaiphc.net	- รายงานผลการประเมินคุณภาพชีวิต ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ตามแบบฟอร์มที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนด ระดับตำบล ทุกสถานบริการในอำเภอ จากเว็บไซต์ www.thaiphc.net		✓	✓
๒. สุ่มประเมิน ๒ รพ.สต.ต่ออำเภอเป็นเป้าหมาย รพ.สต.ติดตาม โดยสัมภาษณ์ อสม.หมอประจำบ้านทุกคน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล และตรวจเอกสารหลักฐาน เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ อสม. หมอประจำบ้านดูแล	- ทะเบียนการมอบหน้าที่ให้อสม.หมอประจำบ้านดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย - แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด - Family Folder ของผู้ป่วยเป้าหมายที่ อสม. หมอประจำบ้านดูแลร่วมกับทีมสหวิชาชีพ			✓
๓. การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน ในหมู่บ้านที่ตั้ง รพ.สต. ๓ ราย ต่อ รพ.สต.				✓

แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

คำชี้แจง : แบบประเมินประกอบด้วย ๒ ส่วน

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ปัจจุบันป่วยด้วยโรค

๑. ครอบครัวยุติผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (CKD) ๓. ครอบครัวยุติผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)
๒. ครอบครัวยุติผู้ป่วยสูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) ๔. ภาวะพึ่งพิงอื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ ๒ เป็นประเด็นที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ใน ๔ ด้าน

คำอธิบาย : เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ ดังนั้นในช่วงเริ่มต้นของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จึงกำหนดวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตใน ๔ ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กำหนดคำตอบเป็น **ได้รับ** กับ **ไม่ได้รับ** โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ให้ตรงกับกรณีดำเนินงานจริง

องค์ประกอบ	ประเด็นที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ได้รับ	ไม่ได้รับ
๑. ด้านร่างกาย (Physical domain)	๑.๑ อสม. แนะนำการควบคุมอาหารที่เหมาะสมกับอาการป่วย		
	๑.๒ อสม. ให้คำแนะนำดูแลการกินยาที่ถูกต้อง (ขนาดยา/เวลา)		
	๑.๓ อสม. ให้คำแนะนำวิธีออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย		
๒. ด้านจิตใจ (Psychological domain)	๒.๑ อสม. ให้คำแนะนำทางเลือกการผ่อนคลายจิตใจ เช่น งานอดิเรกดูหนัง ฟังเพลง การใช้กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพร ฯลฯ		
	๒.๒ อสม. พุดคุย ให้กำลังใจให้รู้สึกมีคุณค่า และภาคภูมิใจในตัวเอง		
	๒.๓ อสม. มีการแนะนำช่องทางการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต เช่น สายด่วนสุขภาพจิต ๑๓๒๓ (ถ้าไม่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ระบุว่าได้รับ)		
๓. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships)	๓.๑ เครือข่ายสุขภาพ เช่น ทีมหมอครอบครัว มาเยี่ยมให้กำลังใจให้การช่วยเหลือ		
	๓.๒ อสม. แนะนำข้อมูลข่าวสาร สิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพ		
	๓.๓ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย		
๔. ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)	๔.๑ อสม. แนะนำวิธีการกำจัดของเสียจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย		

องค์ประกอบ	ประเด็นที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ได้รับ	ไม่ได้ รับ
	๔.๒ อสม. แนะนำการจัดบ้านเรือนสะอาด เป็นระเบียบ ไม่เป็นแหล่ง เพาะพันธุ์โรค		
	๔.๓ อสม. แนะนำการจัดสภาพแวดล้อมด้านกายภาพให้เหมาะสม กับผู้ป่วย ได้แก่ ราวจับ ทางลาด ห้องนอน ห้องน้ำ ฯลฯ		
รวม			

 ผ่าน

 ไม่ผ่าน

หมายเหตุ *การผ่านเกณฑ์ : ผ่านอย่างน้อย ๒ ใน ๓ ข้อ ของแต่ละด้าน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกผลการประเมินในฐานข้อมูล อสม.หมอประจำบ้าน www.thaiphc.net

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๘ : ร้อยละของ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน

๓. เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐

๔. น้ำหนัก : ๒

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรวรรณ คุณกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุมาลี ใหม่คามิ โทร. ๐๘๖-๘๖๔-๔๖๖๔

นางสุพัชรา เอกตาแสง โทร. ๐๙๑-๘๖๕-๙๑๑๐

๗. คำอธิบาย :

อสม.กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม.ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและได้รับการพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม.

หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน หมายถึง อสม.ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม.

หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการประเมินผ่านเกณฑ์ตามแบบประเมินศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด บันทึกผลการประเมินใน เว็บไซต์ www.thaiphc.net

๘. สูตรการคำนวณ :

๑. ร้อยละของ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน

$$= \frac{\text{จำนวน อสม.กลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน}}{\text{จำนวน อสม.เป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน}} \times 100$$

จำนวน อสม.เป้าหมายที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน

๒. ร้อยละของ อสม.หมอประจำบ้านที่ได้รับการทดสอบศักยภาพ

$$= \frac{\text{จำนวนอสม.หมอประจำบ้านที่ผ่านการทดสอบศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำบ้าน}}{\text{จำนวน อสม.หมอประจำบ้านที่ได้รับการทดสอบศักยภาพทั้งหมด}} \times 100$$

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

แบ่งน้ำหนักคะแนนเป็น ๒ ส่วน

ส่วนที่ ๑ จากการบันทึกข้อมูลใน www.thaiphc.net ตัดยอดข้อมูลตามวันที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามกำหนด นำมาคำนวณตามสูตรการคำนวณร้อยละของ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน และนำร้อยละของผลงานไปเทียบตามเกณฑ์ให้คะแนน (น้ำหนัก ๑)

รายละเอียด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน	ร้อยละ	๑	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

ส่วนที่ ๒ จากการสุ่มพื้นที่ ๒ รพ.สต. ต่อ ๑ อำเภอ สัมภาษณ์และทดสอบศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ตามแบบประเมินศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนดทุกคน และนำผลการทดสอบเฉพาะ อสม.ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน นำจำนวนมาเทียบ

ร้อยละกับจำนวน อสม.หมอบริการบ้านที่ได้รับการทดสอบศักยภาพทั้งหมด และนำร้อยละของผลงานไปเทียบตามเกณฑ์ให้คะแนน (หน้าหลัก ๑)

รายละเอียด	หน่วย วัด	น้ำหนัก	คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของ อสม.หมอบริการบ้านที่ได้รับการทดสอบศักยภาพ	ร้อยละ	๑	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐

๑๐.เงื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑.เหตุผล : ระบุเหตุผลความจำเป็นที่ต้องวัดตัวชี้วัดนี้

๑๒.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑. ร้อยละของ อสม. กลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพเป็น อสม. หมอบริการบ้าน	ร้อยละ	-	-	-

เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐาน (Baseline)

๑๓. แนวทางการประเมินผล

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	ตำบล
๑. ตรวจสอบบันทึก ผลการประเมิน อสม.กลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพเป็น อสม. หมอบริการบ้าน ในฐานข้อมูล www.thaiphc.net	- การบันทึกรายงานผลการประเมิน อสม.กลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพเป็น อสม. หมอบริการบ้าน ระดับตำบลทุกสถานบริการในอำเภอ จากฐานข้อมูลในเว็บไซต์ www.thaiphc.net		✓	✓
๒. สุ่มประเมิน ๒ รพ.สต.ต่ออำเภอที่เป็นพื้นที่เป้าหมาย รพ.สต.ติดตาม โดยสัมภาษณ์ อสม. หมอบริการบ้าน และทดสอบศักยภาพ อสม. หมอบริการบ้าน จำนวนอย่างน้อย ๕ คน ตามแบบประเมินศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้าน ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด	- สรุปการประเมินศักยภาพ อสม. หมอบริการบ้าน ตามแบบประเมินศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้าน ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด - ผลการทดสอบศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้าน ตามแบบประเมินศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้าน ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด จำนวนอย่างน้อย ๕ คน			✓

เป้าหมายการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน จังหวัดมหาสารคาม
ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ลำดับ	อำเภอ	หมู่บ้าน ทั้งหมด	ได้รับจัดสรรโควตา อสม. หมอประจำบ้าน	หมายเหตุ
๑	เมือง	๒๑๕	๒๖๖	
๒	แกดำ	๘๘	๘๘	
๓	โกสุมพิสัย	๒๓๓	๒๔๔	
๔	กันทรวิชัย	๑๘๓	๑๘๖	
๕	เขียงยืน	๑๑๖	๑๒๘	
๖	บรบือ	๒๐๙	๒๑๒	
๗	นาเชือก	๑๔๕	๑๔๘	
๘	พยัคฆภูมิพิสัย	๒๒๗	๒๒๗	
๙	วาปีปทุม	๒๔๑	๒๕๑	
๑๐	นาइन	๙๔	๙๕	
๑๑	ยางสีสุราช	๙๑	๙๖	
๑๒	กุฉีกรัง	๘๕	๘๕	
๑๓	ชื่นชม	๔๗	๔๗	
รวม		๑,๙๗๔	๒,๐๗๓	

แบบประเมินศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. ชื่อ อสม.

๒. เลขประจำตัวประชาชน

๓. ศักยภาพ ของ อสม. หมอประจำบ้าน

กำหนดคำตอบเป็น ทำได้ กับ ทำไม่ได้ โดยให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ตรงกับการดำเนินงานจริง

ศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้าน	การดำเนินงาน	
	ทำได้	ทำไม่ได้
๑. ด้านการส่งเสริมการมีอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.)		
๑.๑ สามารถโน้มน้าว เชิญชวนให้ครอบครัวมี อสค.		
๑.๒ สามารถเป็นที่เลี้ยงให้กับ อสค. ในการดูแลสุขภาพกลุ่มเป้าหมายทุกครอบครัว		
๒. ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่		
๒.๑ สามารถร่วมเฝ้าระวัง ป้องกัน ไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู วัณโรค พิษสุนัขบ้า มาลาเรีย ฯลฯ		
๒.๒ สามารถควบคุมโรคในพื้นที่ เช่น โรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู วัณโรค พิษสุนัขบ้า มาลาเรีย ฯลฯ		
๓. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญ		
๓.๑ สามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ปัญหาสุขภาพจิต โภชนาการหญิง ตั้งครรภ์ เด็กอายุ ๐-๕ ปี และผู้สูงอายุ		
๓.๒ สามารถจัดกิจกรรมการป้องกันการบาดเจ็บจากการจราจรในชุมชน การปฐมพยาบาลและการช่วยเหลือเบื้องต้น ป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด		
๔. ด้านการใช้ภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์		
๔.๑ สามารถถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับภูมิปัญญาไทย และสมุนไพร		
๔.๒ สามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้กัญชาทางการแพทย์ให้กับ อสม. และประชาชน		
๕. ด้านการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล		
๕.๑ สามารถใช้แอปพลิเคชัน “Smart อสม.” หรือ โลก “Smart อสม.”		
๕.๒ สามารถใช้แอปพลิเคชันในการคัดกรอง และประเมินสุขภาพ		
๖. ด้านการเป็นผู้นำการสร้างสุขภาพแบบมีส่วนร่วม		
๖.๑ สามารถเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ		
๖.๒ สามารถเป็นผู้นำในการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับหมู่บ้าน/ชุมชน		
รวม		

*การผ่านเกณฑ์ : ต้องผ่านอย่างน้อยวิชาละ ๑ ข้อ และต้องผ่านอย่างน้อย ๙ ข้อ

 ผ่าน ไม่ผ่าน

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
 ๒. ตัวชี้วัดที่ ๙ : ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและระยะเวลาการได้รับการรักษาเหมาะสม)

ตัวชี้วัดที่ ๙.๑ : Door to Refer

ตัวชี้วัดที่ ๙.๒ : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัดที่ ๙.๓ : อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ

๓. เป้าหมาย : ๙.๑ Door to Refer (๓๐ นาที)

๙.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (น้อยกว่าร้อยละ ๗)

๙.๓ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ ๑๐๐)

๔. น้ำหนัก : ๔

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรพรรณ คุณสกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

๗. คำอธิบาย :

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principle diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐-I๖๙)

การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I๖๐-I๖๙)

การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ; I๖๐-I๖๙)

Door to refer หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมาถึงโรงพยาบาล ได้รับการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น จนได้รับการส่งต่อ และออกเดินทางมาด้วยรถ refer ของโรงพยาบาลเพื่อส่งต่อไปยังโรงพยาบาลมหาสารคาม

การฟื้นฟูสภาพ หมายถึง การที่ผู้ป่วย stroke ซึ่งไม่มีภาวะที่คุกคามชีวิตแล้ว ได้รับการรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดความพิการ และให้กลับมาช่วยตัวเองได้มากที่สุด

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล

๘. สูตรการคำนวณ :

๙.๑ Door to Refer

ตัวชี้วัด : Door to Refer (ค่าเฉลี่ยระยะเวลา)	
รายการข้อมูล ๑	ระยะเวลารวม(นาที)ที่ผู้ป่วย Stroke มาถึงโรงพยาบาล จนถึงได้รับการส่งต่อ
รายการข้อมูล ๒	จำนวนผู้ป่วย Stroke ที่ได้รับการส่งต่อ
สูตรคำนวณ	(A/B) x ๑๐๐

๙.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวชี้วัด : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายสถานะตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke ;1๖๐-1๖๙) จากทุกหอผู้ป่วย
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน (Stroke ;1๖๐-1๖๙)
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

๙.๓ 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

๙. เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๙.๑ Door to Refer (ค่าเฉลี่ยระยะเวลา)	นาที	๒	๕๐	๔๕	๔๐	๓๕	๓๐
๙.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ร้อยละ	๑	๑๑	๙	๗	๕	๓
๙.๓ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ	ร้อยละ	๑	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล : ข้อมูล ณ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

๑๐. เงื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล : เป็นตัวชี้วัด PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
Door to Refer (ค่าเฉลี่ยระยะเวลา)	นาที	-	๔๓	๒๙
อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ร้อยละ	๓.๒๓	๔.๓๙	๒.๙
อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ	ร้อยละ	-	๙๐	๙๐

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

ตัวชี้วัด	วิธีประเมินผล	หลักฐานประกอบกรประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. Door to Refer	รายงานการส่งต่อผู้ป่วย	แฟ้มประวัติผู้ป่วย	✓		
๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	รายงาน HDC	รายงาน HDC จังหวัด ข้อมูล ณ ๓๑ ก.ค. ๒๕๖๓	✓		
๓. อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ	รายงานการฟื้นฟูผู้ป่วย Stroke		✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ : ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๑ : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๒ : อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ ๘

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๓ : ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

(TB Treatment Coverage)

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๔ : ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๕ : ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๓. เป้าหมาย :

๑. อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) \geq ๘๘%

๒. อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) < ร้อยละ ๘

๓. ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) \geq ๘๗.๕%

๔. ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ใน ๗ กลุ่ม HHC, HCW, HIV, Elderly > ๖๕ ปี with DM, Migrant, Prisoner, พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ ร้อยละ ๑๐๐

๕. ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๔. นำหนัก : ๕

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี

โทร. ๐๘๖-๒๓๔-๖๓๓๕

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสายพิน ทองคำ

โทร. ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔

นางสาวอรอุมา คำคำวี

โทร. ๐๙๔-๙๓๙-๔๗๓๘

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๐.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๑	๔๘	๕๘	๖๘	๗๘	๘๘
๑๐.๒ อัตราการเสียชีวิต (Dead rate)	ร้อยละ	๐.๕	๑๒	๑๐	๘	๖	๔
๑๐.๓ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	๐.๕	๔๗.๕	๕๗.๕	๖๗.๕	๗๗.๕	๘๗.๕

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๐.๔ ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ	๑.๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๑๐.๕ ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	๑.๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๑ : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

๑. เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๘

๒. หน้าที่ : ๑

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี โทร. ๐๘๖-๒๓๔-๖๓๓๕

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสายพิน ทองคำ โทร. ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔

นางสาวอรอุมา คำคำวี โทร. ๐๙๔-๙๓๙-๔๗๓๘

๔. คำอธิบาย :

๑. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ

๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ อย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบ กำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกซเรย์ที่แสดงผล การตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อน สิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรค น้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ

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

๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมี ลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

๓. กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

๕. สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๒) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับการรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ เพื่อนำ ผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๓

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๒)

๖. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๐.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย วัณโรคปอดรายใหม่	๑	ร้อยละ	๔๘	๕๘	๖๘	๗๘	๘๘

๗. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (PA Cohort ที่ ๑ ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม)	ร้อยละ	N/A	๘๗.๖๑	๘๗.๘๓

ข้อมูลสถานการณ์แยกรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒

ตารางที่ ๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ แยกเป็นรายอำเภอของจังหวัดมหาสารคาม ปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓

(๑ ตุลาคม ๒๕๖๒- ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓)

อำเภอ	ปี ๒๕๖๑ PA Cohort ๑/๖๑					ปี ๒๕๖๒ PA Cohort ๑/๖๒					ปี ๒๕๖๓ Cohort ๑/๖๓				
	ขึ้นทะเบียน	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ	ขึ้นทะเบียน	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ	รักษาสำเร็จ	ร้อยละ	ขึ้นทะเบียน	กำลังรักษา	ร้อยละ	เสียชีวิต	ร้อยละ
เมือง	๖๕	๕๕	๘๔.๖๒	๕	๗.๖๙	๔๔	๔๒	๙๕.๔๕	๒	๔.๕๕	๔๐	๓๖	๙๐	๐	๐
บรบือ	๑๙	๑๗	๘๙.๔๗	๑	๕.๒๖	๓๗	๓๓	๘๙.๑๙	๔	๑๐.๘๑	๓๒	๒๗	๘๔.๔	๐	๐
พยัคฆ	๑๓	๑๒	๙๒.๓๑	๐	๐	๒๐	๑๙	๙๕.๐๐	๑	๕	๓๔	๓๒	๙๔.๑	๐	๐
โกสุมฯ	๔๐	๓๕	๘๗.๕	๕	๑๒.๕	๓๗	๓๔	๙๑.๘๙	๓	๘.๑๑	๑๖	๑๔	๘๗.๕	๐	๐
วาปีปทุม	๑๗	๑๗	๑๐๐	๐	๐	๒๐	๑๗	๘๕	๓	๑๕	๓๒	๒๙	๙๐.๖	๐	๐
เขียงยืน	๑๕	๑๑	๗๓.๓๓	๑	๖.๖๗	๑๗	๑๖	๙๔.๑๒	๑	๕.๘๘	๒๒	๒๐	๙๐.๙	๐	๐
นาเชือก	๑๖	๑๒	๗๕	๒	๑๒.๕	๑๕	๑๐	๖๖.๖๗	๕	๓๓.๓๓	๑๒	๑๒	๑๐๐	๐	๐
แกดำ	๖	๖	๑๐๐	๐	๐	๗	๗	๑๐๐	๐	๐	๖	๕	๘๓.๓	๑	๑๖.๗
กันทรวิชัย	๑๙	๑๖	๘๔.๒๑	๓	๑๕.๘	๑๓	๑๐	๗๖.๙๒	๓	๒๓.๐๘	๑๐	๙	๙๐	๑	๑๐
นาคูน	๒	๒	๑๐๐	๐	๐	๖	๖	๑๐๐	๐	๐	๑๒	๖	๕๐	๓	๒๕
ยางฯ	๖	๖	๑๐๐	๐	๐	๕	๓	๖๐	๑	๒๐	๘	๘	๑๐๐	๐	๐
กุดรัง	๐	๐	๐	๐	๐	๒	๑	๕๐	๑	๕๐	๓	๒	๖๖.๗	๑	๓๓.๓
ชื่นชม	๐	๐	๐	๐	๐	๓	๒	๖๖.๖๗	๑	๓๓.๓๓	๔	๔	๑๐๐	๐	๐
รพ. สุธาเวช	๑๖	๑๖	๑๐๐	๐	๐	๔	๒	๕๐	๑	๒๕	๐	๐	๐	๐	๐
ภาพจังหวัด	๒๓๔	๒๐๕	๘๗.๖๑	๑๗	๗.๒๖	๒๓๐	๒๐๒	๘๗.๘๓	๒๖	๑๑.๓๐	๒๓๑	๒๐๔	๘๘.๓	๑๖	๖.๙๓

แหล่งที่มาของข้อมูล : tbcmtailand.net ข้อมูล ณ วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๓

หมายเหตุ : ๑. PA Cohort ที่ ๑/๒๕๖๑ ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๐ ยังไม่นำเข้าข้อมูล NTIP

๒. PA Cohort ที่ ๑/๒๕๖๒ ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

๓. PA Cohort ที่ ๑/๒๕๖๓ ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒

๘. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต
ประเมินจากอัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (๑ ต.ค. ๒๕๖๒ – ๓๑ ธ.ค. ๒๕๖๒)	โปรแกรม NTIP: tbcmtailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๒ : อัตราการเสียชีวิต (Dead rate)

๑. เป้าหมาย : น้อยกว่า ร้อยละ ๘

๒. น้ำหนัก : ๐.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี

โทร. ๐๘๖-๒๓๔-๖๓๓๕

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสายพิน ทองคำ

โทร. ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔

นางสาวอรอุมา คำคำวี

โทร. ๐๙๔-๙๓๙-๔๗๓๘

๕. คำอธิบาย :

อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) หมายถึง อัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคในปอดและนอกปอด

๖. สูตรคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา ที่ขึ้นทะเบียนใน Cohort ๑-๔/๒๕๖๓ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓)

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียน ใน Cohort ๑-๔/๒๕๖๓ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓)

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๐.๒ อัตราการเสียชีวิต (Dead rate)	๐.๕	ร้อยละ	๑๒	๑๐	๘	๖	๔

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
อัตราการเสียชีวิต (Dead rate) ปีงบประมาณ	ร้อยละ	๑๑.๒๔	๑๑.๓๕	๑๑.๑๔

ตารางที่ ๒ ข้อมูลการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (Dead rate) ปีงบประมาณ ๒๕๖๐- ๒๕๖๒ จังหวัดมหาสารคาม รายอำเภอ

ลำดับ	รพ.	ขึ้นทะเบียน	๒๕๖๐		ขึ้นทะเบียน	๒๕๖๑		ขึ้นทะเบียน	๒๕๖๒	
			เสียชีวิต	%		เสียชีวิต	%		เสียชีวิต	%
๑	มหาสารคาม	๓๗๐	๔๖	๑๒.๔๓	๔๒๗	๗๑	๑๖.๖๓	๓๔๓	๓๒	๙.๓๓
๒	บรบือ	๑๒๓	๑๐	๘.๑๓	๑๒๙	๑๑	๘.๕๓	๑๓๗	๑๗	๑๒.๔๑
๓	พยัคฆภูมิพิสัย	๘๙	๕	๕.๖๒	๘๙	๖	๖.๗๔	๑๑๗	๑๐	๘.๕๕
๔	วาปีปทุม	๑๐๕	๙	๘.๕๗	๑๒๐	๕	๔.๑๗	๑๑๕	๑๒	๑๐.๔๓
๕	โกสุมพิสัย	๑๙๔	๒๗	๑๓.๙๒	๑๙๘	๒๑	๑๐.๖๑	๑๙๐	๒๔	๑๒.๖๓
๖	เขียงยืน	๘๕	๑๔	๑๖.๔๗	๑๑๓	๑๕	๑๓.๒๗	๗๖	๖	๗.๘๙
๗	นาเชือก	๖๗	๑๑	๑๖.๔๒	๗๐	๙	๑๒.๘๖	๖๕	๑๒	๑๘.๔๖
๘	ยางสีสุราช	๔๕	๒	๔.๔๔	๓๑	๒	๖.๔๕	๓๑	๓	๙.๖๘
๙	กันทรวิชัย	๖๕	๙	๑๓.๘๕	๕๗	๔	๗.๐๒	๖๗	๘	๑๑.๙๔
๑๐	นาโดน	๒๖	๒	๗.๖๙	๒๖	๑	๓.๘๕	๔๐	๓	๗.๕๐
๑๑	แกดำ	๒๖	๒	๗.๖๙	๑๔	๒	๑๔.๒๙	๒๒	๑	๔.๕๕
๑๒	ชื่นชม	๐	๐	๐.๐๐	๐	๐	๐.๐๐	๒๕	๖	๒๔.๐๐
๑๓	กุฉีกรัง	๐	๐	๐.๐๐	๐	๐	๐.๐๐	๓๗	๕	๑๓.๕๑
๑๔	สุทธาเวช	๓๓	๑	๓.๐๓	๒๙	๑	๓.๔๕	๑๙	๔	๒๑.๐๕
๑๕	มค.อินเตอร์	๐	๐	๐.๐๐	๑	๐	๐.๐๐	๐	๐	๐.๐๐
ภาพรวมจังหวัด		๑,๒๒๘	๑๓๘	๑๑.๒๔	๑๓๐๔	๑๔๘	๑๑.๓๕	๑๒๘๔	๑๔๓	๑๑.๑๔

แหล่งข้อมูล : tbccthailand.net ข้อมูล ณ วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๓

๙. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต
ประเมินจากอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรคปอดและนอกปอด ที่เสียชีวิตระหว่างการรักษา ที่ขึ้นทะเบียนใน Cohort ๑-๔/๒๕๖๓ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๓)	โปรแกรม NTIP : tbc Thailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๓ : ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)

๑. เป้าหมาย : มากกว่าเท่ากับร้อยละ ๘๗.๕

๒. น้ำหนัก : ๐.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี โทร. ๐๘๖-๒๓๔-๖๓๓๕

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสายพิน ทองคำ โทร. ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔

นางสาวอรอุมา คำคำวี โทร. ๐๙๔-๙๓๙-๔๗๓๘

๕. คำอธิบาย :

TB Treatment coverage หมายถึง ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

Incident case หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรคในแต่ละปี หาได้จากข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท (ข้อมูลจาก tbcmthailand.net)

๖. สูตรคำนวณ :

$$(TB Treatment Coverage) = \frac{\text{incident case} \times 100}{\text{ค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๓/แสนประชากร)}}$$

การคำนวณหาค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๓/แสนประชากร)

$$\text{ค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค} = \frac{\text{จำนวนประชากรกลางปีจังหวัดมหาสารคาม} \times 153}{100,000}$$

ตัวอย่างการคำนวณ

๑. ปี ๒๕๖๓ อำเภอเมืองมหาสารคาม มีประชากรกลางปี ๑๕๙,๒๓๑ มีผู้ป่วยวัณโรคขึ้นทะเบียน (incident case) ๓๔๙ คน คำนวณหา (Treatment Coverage) ดังนี้

$$\text{ค่าคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยวัณโรค} = \frac{159,231 \text{ คน} \times 153}{100,000} = 243 \text{ คน}$$

$$(TB Treatment Coverage) = \frac{\text{incident case} \times 100}{(153/\text{แสนประชากร})} = \frac{349 \times 100}{243}$$

$$(TB Treatment Coverage) = 143.62\% \text{ (เป้าหมาย } 87.5\% \text{)}$$

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๐.๓ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	๐.๕	ร้อยละ	๔๗.๕	๕๗.๕	๖๗.๕	๗๗.๕	๘๗.๕

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	N/A	๘๙.๓๙	๘๘.๒๒

ตารางที่ ๓ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จังหวัดมหาสารคาม รายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	พชก.	๑๕๖/แสน (๑๐๐%)	Incident case ปี๒๕๖๒	ผลงานTreatment coverage ปี ๒๕๖๒ (เป้าหมาย ๘๒.๕ %)	Treatment coverage ปี ๒๕๖๓ (เป้าหมาย๘๗.๕ %)
๑	เมืองมหาสารคาม	๑๕๙,๒๓๑	๒๔๘	๓๘๔	๑๕๔.๘๔	๒๑๓
๒	บรบือ	๑๐๙,๐๑๗	๑๗๐	๑๓๖	๘๐.๐๐	๑๔๖
๓	พยัคฆภูมิพิสัย	๘๗,๗๓๖	๑๓๗	๑๑๙	๘๖.๘๖	๑๑๗
๔	วาปีปทุม	๑๑๔,๓๔๘	๑๗๘	๑๑๗	๖๕.๗๓	๑๕๓
๕	โกสุมพิสัย	๑๒๐,๑๒๑	๑๘๗	๑๙๘	๑๐๕.๘๘	๑๖๑
๖	เขียงยืน	๖๑,๓๖๙	๙๖	๘๐	๘๓.๓๓	๘๒
๗	นาเชือก	๖๑,๑๗๑	๙๕	๖๗	๗๐.๕๓	๘๒
๘	ยางสีสุราช	๓๕,๓๓๔	๕๕	๓๒	๕๘.๑๘	๔๗
๙	กันทรวิชัย	๘๕,๑๘๔	๑๓๓	๖๘	๕๑.๑๓	๑๑๔
๑๐	นาโดน	๓๗,๕๑๐	๕๙	๔๐	๖๗.๘๐	๕๐
๑๑	แกดำ	๒๙,๘๘๗	๔๗	๒๒	๔๖.๘๑	๔๐
๑๒	ชื่นชม	๒๔,๙๔๕	๓๙	๒๕	๖๔.๑๐	๓๓
๑๓	กุฉีกรัง	๓๗,๒๕๙	๕๘	๓๗	๖๓.๗๙	๕๐
รวม		๙๖๓,๐๗๒	๑,๕๐๒	๑,๓๒๕	๘๘.๒๒	๑,๒๘๙

แหล่งข้อมูล : tbc Thailand.net ข้อมูล ณ วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓

๙. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต
ประเมินจากการผู้ป่วยผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)	โปรแกรม NTIP : tbc Thailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๔ : ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่ม ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

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

๑. เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐

๒. น้ำหนัก : ๑.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี โทร. ๐๘๖-๒๓๔-๖๓๓๕

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสายพิน ทองคำ โทร. ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔

นางสาวอรอุมา คำคำวี โทร. ๐๙๔-๙๓๙-๔๗๓๘

๕. คำอธิบาย :

๑. ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (House Hold Contact) หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมบ้านกับผู้ป่วย ถ้านอนห้องเดียวกัน (household intimate) มีโอกาสรับ และติดเชื้อสูงมากกว่าผู้ที่อาศัยในบ้านเดียวกันแต่นอนแยกห้อง (household regular) ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นประจำคราว และนับระยะเวลา ที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยก็วันก็ได้ในช่วงระหว่าง ๓ เดือนที่ผ่านมา

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

๓. บุคลากรสาธารณสุข (Health Care Worker) หมายถึง กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

๔. Elderly \geq ๖๕ ปี with DM uncontrolled (HbA_{1c} \geq ๗ FBS \geq ๑๔๐) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี มีโรคเบาหวาน และมีระดับน้ำตาลในกระแสเลือด \geq ๑๔๐ mg/dL ติดต่อกันเกิน ๓ ครั้งขึ้นไป และหรือ HbA_{1c} \geq ๗

๕. ประชากรข้ามชาติ (Migrant) หมายถึง ประชากรข้ามชาติที่อาศัย ในราชอาณาจักรไทยในพื้นที่อำเภอนั้น

๖. ผู้ต้องขัง (Prisoner) หมายถึง ผู้ต้องกัก/ผู้ต้องขัง ในเรือนจำจังหวัดมหาสารคาม เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักของเขตรับผิดชอบอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม

๗. พื้นที่กำหนดตามปัญหาบริบทแต่ละอำเภอ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่มีโรคร่วม ที่พบการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอ หรือ กลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่พบการติดเชื้อวัณโรค รายใหม่มากเป็นอันดับหนึ่งในแต่ละอำเภอใน ปี ๒๕๖๒ ที่ผ่านมาจากาการทบทวน Dead case Conference หรือจากการคัดกรองโดยการเอกซเรย์ทรวงอก

๖. สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

A = ผลการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

B = เป้าหมายการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๐.๔ ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ	๑.๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	ร้อยละ	N/A	๙๖.๓๗	๙๐.๒๐

ตารางที่ ๔ ผลงานร้อยละประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะค้นหาผู้ป่วยวัณโรคได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก แยกเป็นรายอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๑-๒๕๖๒

ลำดับ	อำเภอ	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑	เมืองมหาสารคาม	๑๐๐	๗๙.๐๑
๒	บรบือ	๑๐๐	๙๗.๙๒
๓	พยัคฆภูมิพิสัย	๑๐๐	๑๐๐
๔	วาปีปทุม	๑๐๐	๑๐๐
๕	โกสุมพิสัย	๑๐๐	๑๐๐
๖	เขียงยืน	๑๐๐	๑๐๐
๗	นาเชือก	๙๘.๓๕	๑๐๐
๘	ยางสีสุราช	๑๐๐	๑๐๐
๙	กันทรวิชัย	๑๐๐	๑๐๐
๑๐	นาตุณ	๑๐๐	๘๙.๕๒
๑๑	แกดำ	๑๐๐	๑๐๐
๑๒	ชื่นชม	๑๐๐	๘๕.๔๐
๑๓	กุฉีกรัง	๑๐๐	๘๖.๙๖
ภาพรวมจังหวัด		๙๙.๘๗	๙๕.๒๙

แหล่งที่มาของข้อมูล : รายงาน One Page TB วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓

๙. แนวทางการประเมิน :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต
ผลงานการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก (๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)	โปรแกรม NTIP : tbcmthailand.ddc.moph.go.th รายอำเภอ	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๐.๕ : ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

๑. เป้าหมาย : มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๒. น้ำหนัก : ๑.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษณ์ โพธิ์ศรี

โทร. ๐๘๖-๒๓๔-๖๓๓๕

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสายพิน ทองคำ

โทร. ๐๙๐-๙๖๙-๒๐๑๔

นางสาวอรอุมา คำคำวี

โทร. ๐๙๔-๙๓๙-๔๗๓๘

๕. คำอธิบาย :

คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ที่มีผลการประเมินมาตรฐาน ตั้งแต่ ๙๐ คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน (จากมาตรฐานการดำเนินงานควบคุมวัณโรค ๒๐ ตัวชี้วัด)

๖. สูตรการคำนวณ : ประเมินตามคู่มือการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ปี ๒๕๖๓
www.tbthailand.org/QTB

เกณฑ์การผ่านมาตรฐาน โรงพยาบาลคุณภาพ

ผ่าน หมายถึง โรงพยาบาลที่มีผลการประเมิน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

ไม่ผ่าน หมายถึง โรงพยาบาลที่มีผลการประเมิน น้อยกว่าร้อยละ ๙๐

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๐.๕ ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๑.๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
เกณฑ์การประเมินมาตรฐาน “คุณภาพโรงพยาบาลการดูแลรักษาวัณโรค ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน”	ร้อยละ	๙๑	๘๕.๓๖	๙๖.๒๔

ตารางที่ ๕ ผลการประเมินร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค
ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ - ๒๕๖๒ จังหวัดมหาสารคาม รายอำเภอ

ลำดับ	อำเภอ	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑	เมืองมหาสารคาม	๘๖	๘๗	๙๕
๒	บรบือ	๙๐	๙๓.๖๘	๙๗
๓	พยัคฆภูมิพิสัย	๙๔	๙๗	๙๙
๔	วาปีปทุม	๙๙	๙๘	๙๙
๕	โกสุมพิสัย	๙๔	๘๖	๑๐๐
๖	เขียงยืน	๘๘	๙๐	๙๗
๗	นาเชือก	๙๙	๙๕	๙๔.๕
๘	ยางสีสุราช	๙๔	๙๑	๙๘
๙	กันทรวิชัย	๙๖	๙๔	๙๗
๑๐	นาดี	๙๗	๙๓	๙๗
๑๑	แกดำ	๙๕	๙๗	๙๐
๑๒	กุฉีกรัง	๙๐	๙๓.๖๘	๙๗
๑๒	ชื่นชม	๘๘	๙๐	๙๗
ภาพคะแนนรวมจังหวัด		๙๓.๐๗	๙๒.๗๒	๙๖.๘๐

๙. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. โรงพยาบาลที่มี ผลการประเมิน มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ ๙๐	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ดำเนินงานและรวบรวม ข้อมูลตามคู่มือประเมินมาตรฐาน “คู่มือการประเมิน คุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคปี ๒๕๖๓” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร่วมกับ สคร.๗ ในพื้นที่ กำหนด ดำเนินการออกประเมินทุกอำเภอ มาตรการ ที่ ๑ การป้องกันควบคุมวัณโรค ข้อกำหนด ๑ การคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่ม ผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอด ๑) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานขั้นตอนและแนว ทางการคัด กรองเพื่อค้นหาวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสผู้ป่วย วัณโรคปอด ของโรงพยาบาล	✓		

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>๒) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานทะเบียนและผลการบันทึกข้อมูลผู้สัมผัสผู้ป่วยวัณโรคปอดในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP หรือระบบรายงานของโรงพยาบาล</p> <p>๓) ตรวจสอบเอกสารหรือรายงานทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย วัณโรค/ผู้สัมผัสวัณโรคในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP หรือระบบรายงานของโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอด ซึ่งเป็น Index case ที่ขึ้นทะเบียนในช่วง ๓ เดือน ในระยะเวลา ๖ เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ประเมิน</p> <p>ข้อกำหนด ๒ การรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในเด็กสัมผัสวัณโรค</p> <p>๑) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่เป็นข้อมูลทะเบียนผู้สัมผัสโรคที่เกี่ยวข้อง เช่นระบบข้อมูลวัณโรค NTIP ไฟล์ข้อมูล ทะเบียนผู้สัมผัส เป็นต้น</p> <p>๒) ตรวจสอบเอกสารหรือรายงานทะเบียนข้อมูลกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับตรวจหาการติดเชื้อด้วยวิธี TST หรือ IGRA ที่โรงพยาบาล</p> <p>๓) ตรวจสอบเอกสาร หลักฐานข้อมูลทะเบียนการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในเด็ก</p> <p>๔) ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ เช่น ทะเบียนการเบิกจ่ายยา เป็นต้น</p> <p>๕) ตรวจสอบเอกสารหรือทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคเด็กในคลินิกเด็ก</p> <p>๖) ตรวจสอบเอกสารหรือทะเบียนผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่คลินิกโรคติดเชื้อ</p> <p>ข้อกำหนด ๓ การบริหารจัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล</p> <p>๑) ตรวจสอบเอกสารการจัดตั้งคณะกรรมการรับผิดชอบและแผนพัฒนาการดำเนินงานด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลของปีที่ผ่านมา</p> <p>๒) ตรวจสอบเอกสารการสื่อสารที่เกี่ยวข้องกับระบบช่องทางด่วน (fast track) เช่นการแจ้งเวียนมาตรฐานขั้นตอนการปฏิบัติงาน (Standard Operating</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>Procedure :SOP) รายงานการประชุม (แผนกผู้ป่วยนอก แผนกเอกซเรย์ แผนกห้องปฏิบัติการชั้นสูง และแผนกเภสัชกรรม) สุ่มสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓) ประเมินกระบวนการคัดกรองและกิจกรรม ณ สถานที่จริง ช่องทางด่วน คลินิกวัณโรคการบริการแบบ one stop service สถานที่หรือห้องแยก ที่เก็บเสมหะ</p> <p>ข้อกำหนด ๔ การควบคุมสิ่งแวดล้อมของคลินิกวัณโรค</p> <p>๑) สังเกตสถานที่จริงและตรวจสอบสภาพของคลินิกวัณโรคตามองค์ประกอบทั้ง ๕ ข้อ</p> <p>๒) ตรวจสอบวัดอัตราความเร็วและทิศทางลมภายในคลินิกวัณโรค โดยเป็นการตรวจวัด ณวันที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาล หรืออ้างอิงจากผลการประเมินสภาพแวดล้อมโรงพยาบาลของศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพประจำแต่ละเขตที่มีการรายงานผลการประเมินไม่เกิน ๖ เดือน นับจากวันที่ประเมินคุณภาพโรงพยาบาล</p> <p>ข้อกำหนด ๕ การเฝ้าระวังการป่วยในบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๑) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการกำหนดมาตรการขั้นตอน หรือแนวทางปฏิบัติสำหรับการเฝ้าระวังป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุขของโรงพยาบาล</p> <p>๒) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการอบรมให้ความรู้บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านวัณโรคในโรงพยาบาล เช่น ใบลงทะเบียนอบรม ใบประกาศนียบัตร หนังสือขออนุมัติไปอบรม เป็นต้น</p> <p>๓) ตรวจสอบเอกสารที่แสดงถึงมาตรฐานของอุปกรณ์ป้องกันการส่วนบุคคล เช่น ก่อ่ง หรือซองใส่หน้ากากพิเศษ ว่าได้รับรองมาตรฐานจาก NIOSH หรือ CEN</p> <p>๔) สังเกตการสาธิตใช้อุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อส่วนบุคคลในการปฏิบัติงาน (N๙๕)ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องหรือมีโอกาสสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค เช่น คลินิกวัณโรค แผนกเอกซเรย์ แผนกหอผู้ป่วยในที่ เป็นห้องแยกโรค เป็นต้น</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>๕) ตรวจสอบเอกสารขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติเมื่อบุคลากรสาธารณสุขป่วยเป็นวัณโรค พิจารณาให้หยุดพักงานอย่างน้อย ๒ สัปดาห์ หรือจนกว่าผลเสมหะเป็นลบแล้วแต่แพทย์พิจารณาตามความเหมาะสม โดยขึ้นกับตำแหน่งงานและแผนกที่ทำงาน</p> <p>๖) ตรวจสอบทะเบียนหรือรายงานการตรวจสุขภาพของบุคลากรในโรงพยาบาลและตรวจสุขภาพประจำปีย้อนหลัง ๑ ปี นับจากปีที่มีการประเมิน</p> <p>๗) ตรวจสอบฐานข้อมูลผลการตรวจคัดกรองวัณโรคของบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยงานและขึ้นทะเบียนรักษาในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP ย้อนหลัง ๑ ปี หรือข้อมูลการตรวจสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุขที่งานอาชีวอนามัย หรืองานอาชีพเวชกรรมของโรงพยาบาล</p> <p>มาตรการที่ ๒ การค้นหาและคัดกรอง</p> <p>ข้อกำหนด ๖ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้รับการคัดกรองวัณโรคด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก</p> <p>๑. ตรวจสอบเอกสารหรือรายงานทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อค้นหาวัณโรคในโรงพยาบาล โดยตรวจสอบข้อมูลจากโปรแกรม NAP หรือระบบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาล</p> <p>๒. ตรวจสอบหลักฐานหรือรายงานผลการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จากระบบฐานข้อมูลโรงพยาบาล หรือโปรแกรม NAP</p> <p>ข้อกำหนด ๗ การพัฒนาคุณภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>๑) คู่มือการตรวจวินิจฉัยในห้องปฏิบัติการด้านวัณโรค (SOP)</p> <p>๒) ตรวจสอบหลักฐานใบประกาศนียบัตร ของผู้ผ่านการอบรมหรือมีเอกสารการอบรมเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานภายใน ๑ ปี เช่น การอบรมการตรวจหาเชื้อติดสีทึบกรด (AFB Smear) การตรวจทางอณูชีววิทยา (Xpert</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>MTB/RIF assay, LPA) หรือ การสอนงานขณะปฏิบัติงาน (On the job training: OJT)</p> <p>๓) ตรวจสอบหลักฐานการบำรุงรักษาเครื่องมือจากหน่วยงานภายนอก อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และตรวจสอบสภาพการใช้งานของกล้องจุลทรรศน์</p> <p>๔) ตรวจสอบหลักฐานคุณภาพตัวอย่างเสมหะใน TB๐๔ หรือโปรแกรมอื่น ๆ ของห้องปฏิบัติการคุณภาพดี อย่างน้อยร้อยละ ๘๐</p> <p>๔.๑ โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง ๑ เดือน</p> <p>๔.๒ โรงพยาบาลชุมชน ตรวจสอบข้อมูลย้อนหลัง ๓ เดือน ที่ผ่านมา</p> <p>๕) ตรวจสอบหลักฐานหรือเอกสารการรับรองมาตรฐานคุณภาพการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการด้านวัณโรค ภายใน ๑ ปีที่ผ่านมา</p> <p>๕.๑ สำหรับตรวจ AFB Smear หากมีการประเมินหลายครั้งใน ๑ ปี</p> <p>ก. กรณีตรวจ LQAS ไม่มี High False Positive (HFP)/ High FalseNegative (HFN) และไม่มี Quantification Error (QE) หรือ</p> <p>ข. กรณีตรวจ PT slide ให้หาค่าเฉลี่ยร้อยละของคะแนนที่ประเมินทั้งปีอย่างน้อยร้อยละ ๙๐</p> <p>๕.๒ สำหรับการตรวจอณูชีววิทยา ต้องผ่านการประเมินอย่างน้อยร้อยละ ๙๐</p> <p>ข้อกำหนด ๘ การวินิจฉัยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่</p> <p>๑) ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะลบในผู้ใหญ่จากทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>๒) ตรวจสอบหลักฐานและรายงานการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากแบบบันทึกข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ (TB๐๔) หรือโปรแกรมอื่น ๆ พร้อมกับ เวชระเบียนผู้ป่วย</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>ข้อกำหนด ๙ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลการทดสอบความไวต่อยา</p> <p>๑) ตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ และผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อน ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในช่วง ๓ เดือน ในระยะเวลา ๓ - ๖ เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ประเมิน ในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>๒) ตรวจสอบข้อมูลผลการทดสอบความไวต่อยาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และผู้ป่วยที่มีประวัติเคยรักษาวัณโรคมาก่อน ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในช่วง ๓ เดือน ในระยะเวลา ๓ - ๖ เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ประเมิน ในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>ข้อกำหนด ๑๐ ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษามีผลตรวจ เอชไอวี</p> <p>๑) ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในช่วง ๓ เดือน ในระยะเวลา ๓ - ๖ เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ประเมิน จากระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>๒) ตรวจสอบข้อมูลผลการตรวจเอชไอวีของผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาในช่วง ๓ เดือนในระยะเวลา ๓ - ๖ เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ประเมิน จากระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>มาตรการที่ ๓ การรักษา</p> <p>ข้อกำหนด ๑๑ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ ๑</p> <p>๑) ตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนและได้รับยารักษาวัณโรคด้วยสูตรยาแนวที่ ๑ ในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>๒) ตรวจสอบฐานข้อมูลการจ่ายยาของโรงพยาบาล</p> <p>ข้อกำหนด ๑๒ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ ๑ มีการตรวจติดตามระหว่างรักษาวัณโรค</p> <p>๑) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลได้ดำเนินการครบตามองค์ประกอบทั้ง ๓ ข้อ เช่น OPD card ระบบข้อมูลวัณโรค NTIP ระบบ</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล ระบบฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการ เป็นต้น</p> <p>๒) ตรวจสอบเอกสารหรือหลักฐานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยวัณโรคในไตรมาสที่นำมาประเมิน เพื่อนำมาเปรียบเทียบความสอดคล้องกับระบบรายงานวัณโรคของโรงพยาบาล</p> <p>๓) ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่นำมาประเมินจากระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>ข้อกำหนด ๑๓ ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสขณะรักษาวัณโรค</p> <p>๑) ตรวจสอบข้อมูลทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อเอชไอวี ร่วมด้วย ได้รับยาต้านไวรัสในช่วง ๓ - ๖ เดือนที่ผ่านมา โดยตรวจสอบจากระบบข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ ในโปรแกรม NAP</p> <p>๒) ตรวจสอบจำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน ในระบบข้อมูล วัณโรค NTIP</p> <p>ข้อกำหนด ๑๔ การบริหารจัดการยาวัณโรค</p> <p>๑) ตรวจสอบเอกสารหรือการบันทึกการบริหารทางเภสัชกรรม โดยสุ่มหลักฐานของผู้ป่วยวัณโรค จำนวน ๑๐ รายที่ขึ้นทะเบียนในเดือนล่าสุด กรณีโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยไม่น้อยกว่า ๑๐ ราย ให้นำยื่นไปจนได้จำนวนผู้ป่วยไม่น้อยกว่า ๑๐ ราย</p> <p>๒) ตรวจสอบ Stock ยาวัณโรค ตรวจนับยาในสถานที่เก็บยาโดยนับผู้ป่วยในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP ใน ๑ ไตรมาสที่ผ่านมา และเปรียบเทียบกับยาที่มีในสถานที่เก็บยา</p> <p>๓) สังเกตลักษณะภายนอกของยารักษาวัณโรคที่จัดเก็บในคลังยา</p> <p>๔) ตรวจสอบสถานที่จัดเก็บยา รวมทั้งสถานที่ใดๆ ที่มีการเก็บยาเกิน ๑ เดือน</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>๔.๑ ระดับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ต้องได้มาตรฐาน</p> <p>๔.๒ มีการจดบันทึกระดับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ อย่างน้อยร้อยละ ๘๐ ใน ๑ เดือน (๒๔-๒๕ วัน)</p> <p>๕) ตรวจสอบความครบถ้วนของยาที่จ่ายให้ผู้ป่วย วัณโรค เช่น เอกสารบันทึกการจ่ายยาผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>๖) ตรวจสอบหลักฐานการบำรุงรักษาและสอบเทียบเครื่องวัดอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์</p> <p>๗) ตรวจสอบลักษณะกายภาพของเม็ดยา และยาชนิดที่มีใช้ในคลินิกวัณโรค โดยยาที่อยู่ในแผงพลาสติกใสหรือสีชาให้สังเกตลักษณะแตกหัก ร้าว เยิ้ม เปลี่ยนสี ส่วนยาที่เก็บในแผงกระดาษ ฟรอยด์ ให้สังเกตการบวม (เนื่องจากมีอากาศเข้าแผงยา) การฉีกขาดของแผงยาหรือให้บีบแผงยา</p> <p>๘) ตรวจสอบวันผลิต วันหมดอายุ และมีการจัดเรียงยาแบบยาที่จะหมดอายุก่อนจะถูกนำมาใช้ก่อน (First expired First out: FEFO)</p> <p>๙) ตรวจสอบการจดบันทึกระดับอุณหภูมิและความชื้นสัมพัทธ์ทุกวันในเดือนล่าสุดที่ประเมินได้โดยตรวจที่สถานที่เก็บยารวมทั้งสถานที่ใด ๆ ที่มีการเก็บยาเกิน ๑ เดือน</p> <p>ข้อกำหนด ๑๕ ผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</p> <p>๑) ประเมินข้อมูลผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษาในช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน ที่สามารถประเมินผลการรักษาได้ โดยดึงข้อมูลจากระบบรายงานผู้ป่วยวัณโรคตามแผนงานวัณโรค หรือระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>๒) ตรวจสอบข้อมูลจากเอกสารรายงานการดำเนินงาน หรือรายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานด้านวัณโรคของหน่วยงาน ที่มีการรายงานวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของโรงพยาบาล</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>มาตรการที่ ๔ การบริหารจัดการ</p> <p>ข้อกำหนด ๑๖ มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบและมีศักยภาพในการปฏิบัติงานคลินิกวัณโรค</p> <p>ตรวจสอบเอกสารอย่างใดอย่างหนึ่งของการเข้าอบรม</p> <p>๑) หนังสืออนุมัติของหน่วยงานต้นสังกัดให้เข้าอบรม</p> <p>๒) ใบลงทะเบียน หรือหลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าอบรมที่หน่วยงานจัดอบรม</p> <p>ข้อกำหนด ๑๗ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยวัณโรค การโอนผู้ป่วยวัณโรค และบริหารจัดการสิทธิของผู้ป่วย</p> <p>๑) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามีขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยการวัณโรค</p> <p>๒) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามีขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติการโอนผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๓) ตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามีขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติการบริหารจัดการสิทธิของผู้ป่วยวัณโรค</p> <p>๔) ตรวจสอบข้อมูลหรือหลักฐานการส่งต่อและโอนออกผู้ป่วยวัณโรคที่เป็นคนไทยย้อนหลัง ๑ เดือน นับจากวันประเมิน ในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP หรือเอกสารที่เกี่ยวข้อง</p> <p>ข้อกำหนด ๑๘ การบริหารจัดการโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p>๑) มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานประกอบด้วยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒) มีรายงานการประชุมของคณะทำงานอย่างน้อย ๑ ครั้งในรอบ ๑ ปีงบประมาณ</p> <p>๓) มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามีขั้นตอนหรือแนวทางปฏิบัติงานระหว่างแผนกต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล ในการบริหารจัดการดูแลรักษาผู้ป่วยตลอดช่วงเวลารักษา</p> <p>๔) มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามี การจัดทำแผนการเยี่ยมบ้าน หรือการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วยของทีมสหวิชาชีพ หรือภาพถ่ายการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย</p> <p>๕) สอบถามหรือมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามี ระบบการเตือน การนัด และกำกับติดตามการดูแลรักษาผู้ป่วย</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>ข้อกำหนด ๑๙ การดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง</p> <p>๑) ประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคโดยให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒) เลือกรุ่นผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ผ่านมาและมีปัญหาอุปสรรคต่างๆ เช่น ผิดนัด น้ำหนักน้อยกว่า ๓๕ กก. มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ติดสุรา ติดยาเสพติด</p> <p>๒.๑ มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามีการให้คำแนะนำ/ปรึกษา การวางแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยที่ผิดนัดหรือมีปัญหาอุปสรรคต่างๆ เช่น เวชระเบียน บันทึกการรักษา เป็นต้น</p> <p>๒.๒ เยี่ยมบ้านหรือโทรศัพท์อย่างน้อย ๑ ราย และมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามีการดูแลกำกับการกินยาที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย และมีพี่เลี้ยงดูแลการรับประทานยา (DOT) ตลอดระยะเวลาการรักษาสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น สมุด DOT ระบบข้อมูลวัณโรค NTIP เป็นต้น</p> <p>๒.๓ มีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามีการประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาเช่น เวชระเบียน บันทึกของเภสัชกร เป็นต้น</p> <p>๒.๔ สอบถามแนวทางการประเมินและดูแลด้านโภชนาการ</p> <p>๒.๕ สอบถามหรือมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่ามีการให้คำปรึกษา เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น แบบบันทึกขอความช่วยเหลือทะเบียนการสงเคราะห์ผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>ข้อกำหนด ๒๐ การขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคครบถ้วนในระบบข้อมูลวัณโรคระดับชาติ</p> <p>๑) ตรวจสอบทะเบียนผู้ป่วยวัณโรคในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ในช่วง ๓ เดือน ในระยะเวลา ๐ - ๓ เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ประเมิน</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>๒) ตรวจสอบทะเบียนชั้นสูตรวัณโรคจากห้องปฏิบัติการ ข้อมูลการจ่ายยาของโรงพยาบาล ข้อมูลจาก ICD-๑๐ ข้อมูล OPD card และระบบฐานผู้ป่วยของโรงพยาบาล</p> <p>มาตรการที่ ๕ การดูแลรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ข้อกำหนด ๒๑ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ชนิด MDR/RR-TB มีผลทดสอบความไวต่อยาแนวที่ ๒ ด้วยวิธี Line probe assay (Line probe assay for Second line drugs: SL-LPA)</p> <p>๑) ตรวจสอบการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ชนิด MDR/RR-TB ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ ๒ ในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>๒) กรณีผู้ป่วยรายใหม่ที่ไม่ใช่ผู้สัมผัสผู้ป่วย MDR/RR-TB ถ้ามีผลทดสอบครั้งแรกเป็น MDR/RR-TB และผลทดสอบซ้ำไม่เป็น MDR/RR-TB จะไม่นำมาประเมิน</p> <p>๓) ตรวจสอบระบบฐานข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง</p> <p>ข้อกำหนด ๒๒ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ ๒</p> <p>๑) ตรวจสอบการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ชนิด MDR/RR -TB ได้รับการรักษาด้วย สูตรยาแนวที่ ๒ ในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP</p> <p>๒) ตรวจสอบการจ่ายยาจากโปรแกรมการจ่ายยาของโรงพยาบาลและในเวชระเบียน</p> <p>๓) ตรวจสอบระบบฐานข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง</p> <p>ข้อกำหนด ๒๓ ผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR -TB ที่ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ ๒ มีการตรวจติดตามระหว่างรักษาวัณโรค</p> <p>๑) ตรวจสอบการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ชนิด MDR/RR-TB ได้รับการรักษาด้วยสูตรยาแนวที่ ๒</p>			

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
	<p>ในระบบข้อมูลวัณโรค NTIP ใน ๔ ไตรมาส ที่สามารถประเมินผลได้และจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนไม่น้อยกว่า ๑๒ เดือนที่ผ่านมา</p> <p>๒) ตรวจสอบข้อมูลการตรวจติดตามระหว่างการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาชนิด MDR/RR-TB ในเวชระเบียน ใน ๔ ไตรมาสที่สามารถประเมินผลได้</p> <p>ข้อกำหนด ๒๔ การบริหารจัดการและติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยในการใช้ยา</p> <p>๑) ตรวจสอบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ต้องได้รับการติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยของยาวัณโรคในระบบข้อมูล วัณโรค NTIP ในช่วง ๖ เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้</p> <p>๒) ตรวจสอบการจ่ายยาจากโปรแกรมการจ่ายยาของโรงพยาบาลและในเวชระเบียน</p> <p>๓) ตรวจสอบการรายงานข้อมูลการติดตามเชิงรุกด้านความปลอดภัยของยาวัณโรคและส่งรายงานใน ระบบ aDSM ออนไลน์</p> <p>ข้อกำหนด ๒๕ ผลความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา ชนิด MDR/RR-TB</p> <p>๑) ประเมินข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาที่ขึ้นทะเบียนในช่วง ๓ เดือนล่าสุดที่สามารถประเมินได้ โดยจะต้องเป็นผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนในช่วงระยะเวลา ๒๔ - ๓๖ เดือนที่ผ่านมา นับจากวันที่ประเมิน</p> <p>๒) ตรวจสอบข้อมูลจากเอกสารรายงานการดำเนินงาน หรือรายงานการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานด้านวัณโรคของหน่วยงาน ที่มีการรายงานวิเคราะห์สถานการณ์วัณโรคของโรงพยาบาล</p>			

หมายเหตุ :

๑. ทีมประเมิน : คณะกรรมการประเมินมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพการดูแลรักษาวัณโรค ปี ๒๕๖๓ (Quality Tuberculosis Care: QTB)
๒. แบบฟอร์มการให้คะแนนผลการประเมินคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรค ปี ๒๕๖๓

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๑ : ความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
๓. เป้าหมาย : ๑. ความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
 ๒. ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน เป้าหมาย ระดับ ๕
๔. น้ำหนัก : ๔
๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางแฉล้ม รัตนพันธ์ โทร. ๐๘๓-๔๕๕-๕๒๒๗
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกาญจนา ไชยประดิษฐ์ โทร. ๐๙๕-๔๑๗-๑๕๖๕
๗. คำอธิบาย :

๑) RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ประกอบไปการดำเนินงานให้ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดตามคู่มือ service plan RDU กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย

- RDU hospital หมายถึง การประเมินระดับโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพท./รพช.) มีตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์ ๑๘ ตัวชี้วัด

- RDU PCU หมายถึง การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น มีตัวชี้วัดที่ต้องผ่านเกณฑ์คือ ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ ๒๐ ทั้งสองโรค

๒) การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community) หมายถึง การออกแบบบริการจัดการระบบสุขภาพ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ซึ่งเชื่อมโยงทั้งหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับสู่ชุมชน ครอบครัวและบุคคล ตลอดจนมีการจัดการความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ทั้งในระบบบริการสุขภาพและชุมชน โดยมีเป้าหมายให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน มีการดำเนินการ ๕ กิจกรรมหลัก ดังนี้

- การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการสุขภาพ (Proactive Hospital based surveillance)

- การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active community based surveillance)

- การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community participation)

- การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) เช่น ร้านชำ ร้านยาคลินิก

- การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy)

โดยปีงบประมาณ ๒๕๖๓ กำหนดพื้นที่เป้าหมายดำเนินกิจกรรม ๑ อำเภอ ๑ ตำบล ยกเว้น RDU ในร้านยา กำหนดเป้าหมายจำนวนร้านยาที่ต้องดำเนินการ ร้อยละ ๘๐ ของร้านยาทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ

๘. สูตรการคำนวณ : รายละเอียดในเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละตัวชี้วัดย่อยและภาคผนวก

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

๑) การประเมินความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (น้ำหนัก ๒)

โดยที่ : ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	- มีการขับเคลื่อนมาตรการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ (๐.๕ คะแนน) - คณะกรรมการระดับอำเภอมีการประชุมติดตามและรายงานผลการดำเนินงานระดับอำเภอ ทุก ๓ เดือน (๐.๕ คะแนน)
๒	- มีการนิเทศติดตามและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ (๑ คะแนน)
๓	มีการนำเสนอผลงานวิชาการด้านส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล/การจัดการเชื้อดื้อยา (การให้คะแนน : ระดับอำเภอ ๐.๒ คะแนน, จังหวัด ๐.๔ คะแนน, ระดับเขตขึ้นไป ๑ คะแนน)
๔	โรงพยาบาลและรพ.สต. ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๒ (๑ คะแนน)
๕	โรงพยาบาลและรพ.สต. ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๓ (๑ คะแนน)

๒) ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (น้ำหนัก ๒)

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

โดยที่ : มีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีการดำเนินการ Proactive hospital based surveillance - รพ.และ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ มีระบบมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านยา ได้แก่ ADR, DRP, AE, การเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยา
๒	มีการดำเนินการ Active community based surveillance - มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านและสำรวจครัวเรือน ในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับยา ไม่น้อยกว่า ๒๐ ครัวเรือน (เป้าหมาย : ประชาชนกลุ่มเสี่ยง คือประชาชนที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป และป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างใดอย่างหนึ่งใน ๗ โรค ดังนี้ โรคเก๊าท์ ไชมันในเลือดสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืดข้อเสื่อม และไตเรื้อรัง) - พบผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทะเบียนตำรับยาปลอมปนสเตียรอยด์ $\leq ๒๐\%$ (เก็บตัวอย่าง ไม่ต่ำกว่า ๓๕ ตัวอย่าง) - พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน $\leq ๑๐\%$ (สุ่มสำรวจ/เยี่ยมบ้าน ไม่ต่ำกว่า ๒๐ ครัวเรือน) - มีการรายงานการเฝ้าระวังโฆษณาที่ผิดกฎหมาย อย่างน้อย ๒ เรื่อง/ปี
๓	มีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน (Community participation) - มีพื้นที่จัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยภาคีมีส่วนร่วม ๑ อำเภอ ๑ ตำบล
๔	การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) - ร้านชำไม่พบการขายยาผิดกฎหมาย $\geq ๙๕\%$ ของร้านชำทั้งหมดในตำบลเป้าหมาย - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับ RDU ในร้านยา ไม่น้อยกว่า ๘๐ % ของร้านยาทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ - มีการเยี่ยมติดตาม RDU ในร้านยา ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี/ร้าน
๕	การสร้างความรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy) - มีกิจกรรมการสร้างความรู้แก่ประชาชน

๑๐. เงื่อนไข (อยู่ในภาคผนวก)

๑๑. เหตุผล : เป็น PA กระทรวง

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ประเด็น	รายการ	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
RDU	ร้อยละ รพ.RDU ชั้นที่ ๐	ร้อยละ	๓๐.๗๗	๐	๐
	ร้อยละ รพ.RDU ชั้นที่ ๑	ร้อยละ	๖๙.๒๓	๑๐๐	๑๐๐
	ร้อยละ รพ.RDU ชั้นที่ ๒	ร้อยละ	๐	๐	๕๓.๘๔
	ร้อยละ รพ.RDU ชั้นที่ ๓	ร้อยละ	๐	๐	๒๓.๐๘
RUA	ร้อยละ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ระดับอำเภอ มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดต่อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันไม่เกินร้อยละ ๒๐ ทั้งสองโรค	ร้อยละ	๓.๓๗	๘๒.๗๘	๙๙.๔๔

*RUA ย่อมาจาก Responsible Use Of Antibiotics การใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ เป้าหมายคือหน่วยบริการมีการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล ป้องกันการเกิดเชื้อดื้อยา และลดความเสี่ยงจากการใช้ยาเกินความจำเป็น

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

การประเมินโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital)

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. มีการขับเคลื่อนมาตรการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑.๒ คณะกรรมการระดับอำเภอมีการประชุมติดตามและรายงานผลการดำเนินงานระดับอำเภอ ทุก ๓ เดือน	- แผนงานโครงการเพื่อขับเคลื่อนมาตรการและสนับสนุนการดำเนินงานทั้งในระดับโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ - โครงการ, ภาพกิจกรรม, สรุปผลการดำเนินงาน - แผนการจัดประชุม PTC/คปสอ./กรรมการด้านยาระดับอำเภอ ประเด็น RDU ไตรมาสละ ๑ ครั้ง - รายงานการประชุม PTC/คปสอ./กรรมการด้านยาระดับอำเภอ ประเด็น RDU ไตรมาสละ ๑ ครั้ง	✓	✓	✓
๒. มีการนิเทศติดตามและวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ	- รายงานนิเทศติดตามของอำเภอ	✓	✓	✓

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๓. มีการนำเสนอผลงานวิชาการด้านส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลอย่างน้อยในระดับอำเภอขึ้นไป	- ใบประกาศการเข้าร่วมการนำเสนอ - ใบประกาศผลการนำเสนอ - เอกสารยืนยันการเข้าร่วมการนำเสนอ - เนื้อหาผลงานที่นำเสนอ	✓	-	✓
๔. โรงพยาบาลและรพ.สต. ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๒	- รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามเกณฑ์ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ขั้นที่ ๒ (ภาคผนวก)	✓	✓	✓
๕. โรงพยาบาลและรพ.สต. ผ่านเกณฑ์ประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ขั้นที่ ๓	- รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามเกณฑ์ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ขั้นที่ ๓ (ภาคผนวก)	✓	✓	✓

การประเมินระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. มีการดำเนินการ Proactive hospital based surveillance - รพ.และ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ มีระบบมาตรฐานเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านยา ได้แก่ ADR, DRP, AE, การเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านยา	- แนวปฏิบัติการจัดการปัญหาด้านยาใน รพ.สต./รพ. มีการเชื่อมโยงข้อมูลจากระดับชุมชนถึงโรงพยาบาล - สรุปผลการดำเนินงาน รายไตรมาส	✓		✓
๒. มีการดำเนินการ Active Community based surveillance - มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านและสำรวจครัวเรือน ในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับยา ไม่น้อยกว่า ๒๐ ครัวเรือน - พบผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่มีทะเบียนตำรับยาชนิดรับประทานปลอมปน สเตียรอยด์ $\leq 20\%$ (เก็บตัวอย่างไม่น้อยกว่า	- แผนการเยี่ยมบ้านในประเด็นปัญหาเกี่ยวกับยา - บันทึกการเยี่ยมบ้าน - ผลสำรวจครัวเรือนตามตัวชี้วัด - ทะเบียนผลการตรวจสเตียรอยด์ในผลิตภัณฑ์สมุนไพร	✓		✓

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๓๕ ตัวอย่าง) - พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ในครัวเรือน \leq ๑๐% - มีการรายงานการเฝ้าระวังโฆษณาที่ผิดกฎหมาย อย่างน้อย ๒ เรื่อง/ปี	- รายงานการเฝ้าระวังโฆษณาที่ผิดกฎหมาย			
๓. มีการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วม จากทุกภาคส่วน (Community participation) - มีพื้นที่จัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนโดยภาคีมีส่วนร่วม ๑ อำเภอ ๑ ตำบล	- สรุปผลการดำเนินกิจกรรมจัดการปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน	✓	✓	✓
๔. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good private sector) - ร้านชำไม่พบการขายยาผิดกฎหมาย \geq ๙๕% - มีการให้ความรู้เกี่ยวกับ RDU ในร้านยา ไม่น้อยกว่า ๘๐% ของร้านยาทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ - มีการเยี่ยมติดตาม RDU ในร้านยา ไม่น้อยกว่า ๒ ครั้ง/ปี/ร้าน (รวมการให้ความรู้ครั้งแรก)	- ผลการตรวจร้านชำ - สุ่มตรวจร้านชำ - สรุปผลการดำเนินกิจกรรม RDU ในร้านยา ในรูปแบบพรรณนา - หลักฐานการตรวจเยี่ยมร้านยา	✓		✓
๕. การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU literacy) - มีกิจกรรมการสร้างความรู้แก่ประชาชน	- สรุปผลการดำเนินกิจกรรมการสร้างความรู้แก่ประชาชน	✓	✓	✓

ภาคผนวก (๑)
ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) ดังนี้

RDU ชั้นที่ ๑	
RDU ๑ (โรงพยาบาล)	RDU ๒ : รพ.สต.
<p>๑. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>๒. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓</p> <p>๓. รายการยาที่ควรพิจารณาจัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน ๑ รายการ</p> <p>๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓</p> <p>๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อหายาและการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓</p>	<p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p>
RDU ชั้นที่ ๒	
RDU ๑ (โรงพยาบาล)	RDU ๒ : รพ.สต.
<p>๑. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด ๕ ตัวตามตัวชี้วัด ชั้นที่ ๑</p> <p>๒. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศทั้ง ๔ ตัวชี้วัด (RI รพศ/รพท. ≤ ๓๐% รพช. ≤ ๒๐%, AD ≤ ๒๐%, FTW ≤ ๕๐%, APL ≤ ๑๕%)</p> <p>๓. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๐</p> <p>๔. การใช้ยา Glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่องไม่เกินร้อยละ ๕</p> <p>๕. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin (ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve), statins, ergots</p>	<p>จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค</p>

RDU ชั้นที่ ๓	
RDU ๑ (โรงพยาบาล)	RDU ๒ : รพ.สต.
๑. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU service plan ครบทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด (หมายเหตุ: (RI \leq ๒๐%, AD \leq ๒๐%, FTW \leq ๔๐%,APL \leq ๑๐%))	จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้าพบปรึกษาในคลินิกโรคติดต่อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค
RDU ชั้นที่ ๓ plus	
RDU ๑ (โรงพยาบาล)	RDU ๒ : รพ.สต.
๑. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU service plan ครบทั้ง ๑๘ ตัวชี้วัด ๒. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยาที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น	จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ของ รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการเข้าพบปรึกษาในคลินิกโรคติดต่อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๒ : ความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพ (AMR)
๓. เป้าหมาย : ความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีการจัดการเชื้อดื้อยาและ รพท.มีอัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง
๔. น้ำหนัก : ๑
๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางแฉล้ม รัตนพันธุ์ โทร. ๐๘๓-๔๕๕-๕๒๒๗
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกาญจนา ไชยประดิษฐ์ โทร. ๐๘๕-๔๑๗-๑๕๖๕
๗. คำอธิบาย :

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพ เป็นการประเมินระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (Self assessment) และรายงานผลการดำเนินงานของทั้ง ๕ กิจกรรมสำคัญ ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ ๒ ครั้ง เพื่อลดอัตราการติดเชื้อดื้อยาและส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (ตามกฎแฉ PLEASE)

การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อด้านจุลชีพ

๑. โรงพยาบาลที่มีการจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการประเมินระบบของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) ประกอบด้วย ๕ กิจกรรม ได้แก่

- ๑) กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ
- ๒) การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
- ๓) การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล
- ๔) การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ๕) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่

มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ

แบบประเมินตนเอง ระบบจัดการการติดเชื้อด้านจุลชีพอย่างบูรณาการ สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <http://mkho.moph.go.th>

๒. อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด หมายถึง อัตราส่วนผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรียดื้อยาในกระแสเลือดต่อผู้ป่วยที่พบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด

๘. สูตรการคำนวณ : อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด

$$= \frac{\text{ผู้ป่วยพบเชื้อแบคทีเรีย ๘ ชนิด ที่ดื้อยาในกระแสเลือด} \times ๑๐๐}{\text{ผู้ป่วยที่พบแบคทีเรีย ๘ ชนิดในกระแสเลือด}}$$

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

การจัดการเชื้อดื้อยา (AMR) ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์คะแนน	
		รพท.	รพช.
๑	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการให้มีการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	๑
๒	มีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพในสถานบริการ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	๑
๓	มีสรุปผลการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ และแก้ไข ปัญหาจากผลการดำเนินงาน (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	๑
๔	มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ/ทีม ผู้รับผิดชอบการจัดการเชื้อดื้อยา ทุก ๓ เดือน (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	๑
๕	- รพท.ผ่านการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ระดับปานกลาง (Intermediate) (ผ่าน = ๐.๕ คะแนน, ไม่ผ่าน = ๐ คะแนน) และอัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลงจากปีที่ผ่านมา (ลดลง = ๐.๕ คะแนน, ไม่ลดลง = ๐ คะแนน) - รพช.ผ่านการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ ระดับพื้นฐาน (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)	๑	๑

หมายเหตุ : มีผลงานตามเงื่อนไข ได้ ๑ คะแนน ไม่มี/ไม่ได้ทำ ได้ ๐ คะแนน

๑๐. เงื่อนไข

การประเมินโรงพยาบาลที่มีการจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ เป็นการประเมินระบบของโรงพยาบาล โดยการใช้แบบประเมินตนเอง (self assessment) ประกอบด้วย ๕ กิจกรรม ได้แก่

- ๑) กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ
- ๒) การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ
- ๓) การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล
- ๔) การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล
- ๕) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ

แบบประเมินตนเอง ระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ <http://mkho.moph.go.th>

๑๑. เหตุผล : เป็น PA กระทรวงสาธารณสุข

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ประเด็น	รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
AMR	รพ. ระดับ A, S และ M๑ มีการจัดการการต่อต้านจุลชีพในโรงพยาบาลแบบบูรณาการ ระดับ Intermediate	ระดับ	-	-	advance
	อัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลง	-	๓.๔๗	๓.๒๙	๓.๗๓

๑๓. แนวทางการประเมินผล

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	- คำสั่งแต่งตั้งที่ระบุบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการให้มีการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ	✓		
๒. มีแผนปฏิบัติการการจัดการการต่อต้านจุลชีพในสถานบริการ	- แผนปฏิบัติการตามหลักยุทธศาสตร์ของหน่วยงานที่ส่งเสริมการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพในสถานบริการที่ได้รับการอนุมัติแล้ว	✓		
๓. มีสรุปผลการปฏิบัติตามแนวทางการจัดการเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพและแก้ไขปัญหาจากผลการดำเนินงาน	- สรุปผลการดำเนินงาน - ข้อเสนอแนะ/แนวทางแก้ปัญหา/พัฒนาการดำเนินงาน	✓		
๔. มีการติดตามและรายงานผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ/ทีมผู้รับผิดชอบการจัดการเชื้อดื้อยา ทุก ๓ เดือน	- รายงานการประชุม ทุก ๓ เดือน - รายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา ปีละ ๒ ครั้ง (รพท.)	✓		
๕. ผ่านการประเมินระบบจัดการการต่อต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ รพท.ระดับปานกลาง (Intermediate) และอัตราการติดเชื้อดื้อยาลดลง, รพช. ระดับพื้นฐาน	- ผลการประเมินระบบจัดการการต่อต้าน จุลชีพอย่างบูรณาการ ตามแบบประเมินตนเอง AMR	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
 ๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๓ : ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด

ตัวชี้วัดที่ ๑๓.๑ : Door to needle < ๓๐ นาที (> ๕๐ %)

ตัวชี้วัดที่ ๑๓.๒ : Onset to Needle < ๖ ชั่วโมง (> ๘๐%)

๓. เป้าหมาย : อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด

๑๓.๑ Door to needle < ๓๐ นาที (> ๕๐ %)

๑๓.๒ Onset to Needle < ๖ ชั่วโมง (> ๘๐%)

๔. หน้าที่ : ๓

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรวรรณ คุสกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

๗. คำนิยาม

ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction)

Onset to Needle หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเริ่มมีอาการ จนถึงเริ่มให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic agent) หรือได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI

Door to Needle หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจตั้งแต่มีอาการมาถึงโรงพยาบาล ได้รับการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น จนได้รับยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic agent) หรือได้รับการรักษาด้วยวิธี PCI

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI

- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล

- ผู้ป่วยใน รหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด

๘. สูตรการคำนวณ :

๑๓.๑ Door to Needle

ตัวชี้วัด : Door to Needle < ๓๐ นาที (> ๕๐ %)	
รายการข้อมูล ๑	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มีระยะเวลาตั้งแต่มีอาการมาถึงโรงพยาบาล จนถึงได้รับยา SK ภายใน ๓๐ นาที
รายการข้อมูล ๒	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มารับการรักษาใน รพ.และได้รับยา SK ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A/B) x ๑๐๐

๑๓.๒ Onset to Needle

ตัวชี้วัด : Onset to Needle < ๖ ชั่วโมง (> ๘๐%)	
รายการข้อมูล ๑	จำนวนผู้ป่วย STEMI เริ่มมีอาการ จนถึงได้รับยา SK หรือได้รับการทำ PCI ภายในเวลา ๖ ชั่วโมง
รายการข้อมูล ๒	จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยา SK หรือได้รับการทำ PCI ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$

วิธีการจัดเก็บข้อมูล เมื่อมีผู้ป่วย STEMI และวิเคราะห์ข้อมูล โดย สำนักนโยบายและแผน โดยใช้ข้อมูล ๔๓ เพิ่ม และข้อมูลจาก Thai ACS Registry, รายงาน Service Plan

แหล่งข้อมูล ข้อมูลจาก Thai ACS Registry, รายงาน Service Plan

๙. เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๓.๑ Door to Needle (ระยะเวลาที่ได้รับยาน้อยกว่า ๓๐ นาที) (มากกว่าร้อยละ ๕๐)	ร้อยละ	๑	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
๑๓.๒ Onset to Needle (ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยา หรือได้รับการทำ PCI น้อยกว่า ๖ ชั่วโมง) (มากกว่าร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	๒	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

ระยะเวลาประเมินผล : ข้อมูล ณ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓

๑๐. เงื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล : ระบุเหตุผลความจำเป็นที่ต้องวัดตัวชี้วัดนี้

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
Door to Needle (ระยะเวลาที่ได้รับยาน้อยกว่า ๓๐ นาที) (มากกว่าร้อยละ ๕๐)	ร้อยละ	-	๑๖.๒๑	๒๕.๕๑
Onset to Needle (ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยา หรือได้รับการทำ PCI น้อยกว่า ๖ ชั่วโมง) (มากกว่าร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	-	๘๕.๕๘	๘๘.๗๗

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

ตัวชี้วัด	วิธีประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
			อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. Door to Needle (ระยะเวลาที่ได้รับยาน้อยกว่า ๓๐ นาที) (มากกว่าร้อยละ ๕๐)	รายงาน Service Plan	แฟ้มประวัติผู้ป่วย	✓		
๒. Onset to Needle (ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยา หรือได้รับการทำ PCI น้อยกว่า ๖ ชั่วโมง) (มากกว่าร้อยละ ๘๐)	รายงาน Service Plan	แฟ้มประวัติผู้ป่วย	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

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

และแผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๔ : ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร ระบบส่งต่อ และการป้องกันอุบัติเหตุจากจราจรทางถนน

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๑ : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. (ทั้งที่ ER และ Admit) (Trauma < ๑๒%, Non-trauma < ๑๒%)

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๒ : ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๓ : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๔ : ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

๓. เป้าหมาย :

๑. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. (ทั้งที่ ER และ Admit) (Trauma < ๑๒%, Non-trauma < ๑๒%) น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

๒. ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๓. ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๔

๔. อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๒๐.๙ ต่อประชากรแสนคน (วัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน)

๔. หมายเหตุ : ๓

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอมอร สุทธิสา

โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์

โทร. ๐๘๙-๗๐๙-๑๗๒๕

นางสาวสุรีย์ สิมพลี

โทร. ๐๖๒-๗๗๙-๒๒๖๖

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๑ : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชม. (ทั้งที่ ER และ Admit) (Trauma < ๑๒%, Non-trauma < ๑๒%)

๑. เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมงของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน น้อยกว่าร้อยละ ๑๒

๒. หน้าที่ : ๑

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ โทร. ๐๘๙-๗๐๙-๑๗๒๕

๕. คำอธิบาย :

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (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

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

“การบาดเจ็บต่อเนื้อสมอง (Severe traumatic brain injury) TBI” หมายถึง การเปลี่ยนแปลงของหน้าที่การทำงานของสมอง หรือเกิดพยาธิสภาพของสมองจากแรงกระทำภายนอก ทั้งนี้ไม่รวมบาดแผลบริเวณใบหน้า กระดูกใบหน้าแตก หรือบาดเจ็บภายนอกอื่นๆ

โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไป มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ 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

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

รายการข้อมูล A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง

รายการข้อมูล B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ non-trauma) ทั้งหมด

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๔.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	ร้อยละ	๑	๑๖	๑๔	๑๒	๑๐	๘

๘. เหตุผล : เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

ในปี ๒๕๖๒-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทัวถึง ท้นเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	ร้อยละ	๖.๓๔	๗.๗๔	๘.๓๘

๑๐. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชั่วโมง	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข - เอกสารแสดงผลตัวชี้วัด - ข้อมูล Triage ผู้ป่วย - คู่มือ ER คุณภาพ - ผลการประเมิน ECS - รายงานการรักษาผู้ป่วย วิกฤต Level ๑, ๒ - ข้อมูลการเสียชีวิตของ ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน Level ๑, ๒ 	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๒ : ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ

๑. เป้าหมาย : ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๒. น้ำหนัก : ๐.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ โทร. ๐๘๙-๗๐๙-๑๗๒๕

๕. คำอธิบาย :

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณสุขภัยด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (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

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

“ผู้ป่วย severe traumatic brain injury” หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่งในภายหลังก็ได้

เกณฑ์การประเมินมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลระดับต่างๆ (ECS คุณภาพ)

มิติที่ ๑ การประเมิน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และทีมบริหาร

มิติที่ ๒ การประเมินคณะทำงาน หรือบุคลากรในโรงพยาบาลจำนวน ๑๒ องค์กรประกอบ

องค์กรประกอบที่ ๑ อาคารสถานที่

องค์กรประกอบที่ ๒ บุคลากร

องค์กรประกอบที่ ๓ การรักษาพยาบาล

องค์กรประกอบที่ ๔ MCI and Disaster management

องค์กรประกอบที่ ๕ Referral system

องค์กรประกอบที่ ๖ การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (Access to Other Specialist Consultation)

องค์กรประกอบที่ ๗ ระบบสนับสนุน

องค์กรประกอบที่ ๘ Pre – hospital EMS Intervention

- องค์ประกอบที่ ๙ ระบบบริหารจัดการ
 องค์ประกอบที่ ๑๐ Information system
 องค์ประกอบที่ ๑๑ การพัฒนาคุณภาพ (Quality management)
 องค์ประกอบที่ ๑๒ การศึกษาและวิจัย

๖. สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ
 = $\frac{\text{คะแนนประเมินตามเกณฑ์การประเมินมาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (ECS คุณภาพ)} \times 100}{\text{คะแนนเต็ม}}$

๗. เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑๔.๒ ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	ร้อยละ	๐.๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

๘. เหตุผล : เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ

ในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับการที่เท่าเทียม ทั้งถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละของโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	ร้อยละ	๔๖.๘๙	๗๐.๕๓	๑๐๐

๑๐. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. อำเภอประเมินตนเองตามเกณฑ์ฯ ๒. คณะกรรมการ ECS ระดับจังหวัดตรวจสอบผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ฯของอำเภอ ๓. ผู้ประเมินสรุปผลการประเมินตามเกณฑ์การให้คะแนน	๑. ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์ของอำเภอ ๒. ผลการประเมินโดยคณะกรรมการ ECS ระดับจังหวัด	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๓ : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

๑. เป้าหมาย : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๔

๒. น้ำหนัก : ๐.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางโสภิต วีระนาคินทร์ โทร. ๐๘๙-๗๐๙-๑๗๒๕

๕. คำอธิบาย :

ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในจังหวัดมหาสารคาม
การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการ
การแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของ
ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง) ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคาม
ต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือด หรือระบบ
ประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรง
ขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer)

ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉิน ที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบ
การแพทย์ฉุกเฉิน ตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด

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

รายการข้อมูล A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)

รายการข้อมูล B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๔	ร้อยละ	๐.๕	๘	๑๖	๒๔	๓๒	๔๐

๘. เหตุผล :

๑. เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน

๒. เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ ฉุกเฉิน	ร้อยละ	-	๕๔.๑๙	๒๙.๕๑

๑๐. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส	- รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) - รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากรพท./รพช.	✓	✓	✓

ตัวชี้วัดที่ ๑๔.๔ : ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

๑. เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ไม่เกิน ๒๐.๙ ต่อประชากรแสนคน)

๒. น้ำหนัก : ๑

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสุรีย์ สิมพลี โทร. ๐๖๒-๗๗๙-๒๒๖๖

๕. คำอธิบาย :

การบาดเจ็บทางถนน หมายถึง การตายจากการบาดเจ็บจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ (รหัส ICD-๑๐ = V๐๑-V๘๙)

ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข

D-RTI หมายถึง การขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนผ่านคณะกรรมการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และเชื่อมโยงปฏิบัติการศูนย์ความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) ภายใต้การบูรณาการความร่วมมือในส่วนกลาง โดยมีการชี้เป้าอำเภอเสี่ยง และพัฒนาแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน สนับสนุนงบประมาณจาก สสส. และขับเคลื่อนผ่าน ศปถ. จังหวัด/อำเภอ

๖. สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100,000$ (อัตราต่อประชากรแสนคน)

A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนนทั้งหมด (V๐๑-V๘๙)

หมายเหตุ : ปี ๒๕๖๓ เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ – กรกฎาคม ๒๕๖๓

B = จำนวนประชากรกลางปี

๗. เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน				
๑	- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) (มี = ๐.๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)				
	- มีการประชุมขับเคลื่อนงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง (๐.๕ คะแนน)				
	๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน
	๒ ครั้ง	๔ ครั้ง	๖ ครั้ง	๘ ครั้ง	๑๐ ครั้ง
๒	มีการดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)				
๓	มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) อย่างน้อยอำเภอละ ๓ ทีม (๑ คะแนน)				
	๐ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๕ คะแนน	๑ คะแนน	
	ไม่มีทีม	๑ ทีม	๒ ทีม	๓ ทีม	

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน				
๔	อำเภอมีการดำเนินงาน D-RTI (ระดับดี = ๐.๓ คะแนน, ระดับดีมาก = ๐.๕ คะแนน, ระดับดีเยี่ยม = ๑ คะแนน)				
๕	อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๒๐.๙ ต่อประชากรแสนคน (๑ คะแนน)				
	๐.๒ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๖ คะแนน	๐.๘ คะแนน	๑ คะแนน
	๓๐	๒๕	๒๐	๑๕	๑๐

๖. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ต่อประชากรแสนคน)	อัตรา	๒๓.๗๗	๒๐.๑๔	๒๔.๑๐

๗. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
มีการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) และประชุมขับเคลื่อนงานอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) - รายงานการประชุม	✓		
มีการดำเนินมาตรการองค์กรเพื่อการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน	- สรุปผลการดำเนินงานพร้อมรูปภาพประกอบ	✓		
มีการจัดตั้งทีมระดับท้องถิ่น/ตำบล/หมู่บ้าน (RTI-Team) อย่างน้อยอำเภอละ ๓ ทีม	- รูปเล่มสรุปผลการดำเนินงานและเข้ารับการประเมินระดับจังหวัด	✓		
อำเภอมีการดำเนินงาน D-RTI	- รูปเล่มสรุปผลการดำเนินงานและเข้ารับการประเมินระดับจังหวัด	✓		
อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๒๐.๙ ต่อประชากรแสนคน	- IS online - PHER Accident - บุรณการข้อมูล ๓ ฐาน	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๕ : ความสำเร็จของการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย
๓. เป้าหมาย : ระดับ ๕
๔. หน้าที่ : ๓
๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายบวร จอมพรรษา โทร. ๐๘๔-๒๗๘-๐๐๐๗
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวรัตนพร เสนาลาด โทร. ๐๙๒-๔๔๒-๓๖๕๔
นายสุรียา ชันทชาติ โทร. ๐๙๘-๑๙๖-๕๗๙๑

๗. คำอธิบาย :

รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย หมายถึง รายได้มวลรวมที่เกิดจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และบริการทางการแพทย์ รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย รายได้ที่เกิดขึ้นจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ/อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร และบริการการแพทย์แผนไทย และผลิตภัณฑ์สมุนไพร จำนวน ๔ ประเภท ได้แก่

๑. บริการรักษาพยาบาล (Medical Service)
๒. บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ (Wellness)
๓. ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (Product)
๔. ศูนย์วิชาการทางการแพทย์ (Academic)

เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาสมุนไพรอย่างครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง กลางทางและปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและสร้างการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้อาศัยกลไกของภาครัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยมีแนวทางการดำเนินงานภายใต้ ๔ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน

- มาตรการที่ ๒ พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร
- มาตรการที่ ๓ ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด
- มาตรการที่ ๔ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง กิจการสปาและกิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ตามพรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙

สถานบริการสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)

สถานประกอบการที่ผลิตเครื่องสำอางหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร หมายถึง สถานประกอบการที่ผลิตเครื่องสำอางหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรในจังหวัดมหาสารคาม

๘. สูตรการคำนวณ :-

๙. เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	บุคลากรด้านการนวดไทยได้รับการพัฒนายกระดับเพิ่มขึ้น ๑.๑ บุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ ๘๐ (๐.๕ คะแนน) ๑.๒ บุคลากรในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเอกชน ได้รับการตรวจแนะนำ ร้อยละ ๕๐ (๐.๕ คะแนน)
๒	สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับการตรวจประเมินผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น ๒.๑ สถานบริการสุขภาพภาครัฐ ร้อยละ ๑๐๐ (๐.๕ คะแนน) ๒.๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ๕๐ (๐.๕ คะแนน)
๓	มีการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย อย่างน้อย ๑ ช่องทาง
๔	มีจำนวนผู้รับบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและสถานบริการสุขภาพด้านการนวดไทยเพิ่ม \geq ร้อยละ ๕
๕	มีรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย \geq ร้อยละ ๕

แนวทางการให้คะแนน

ข้อ ๑. บุคลากรด้านการนวดไทยได้รับการพัฒนายกระดับเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน				
	๐.๑	๐.๒	๐.๓	๐.๔	๐.๕
๑.๑ ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
๑.๒ ร้อยละของบุคลากรในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเอกชนได้รับการตรวจแนะนำ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

ข้อ ๒. สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และสถานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนได้รับการตรวจประเมินผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน				
	๐.๑	๐.๒	๐.๓	๐.๔	๐.๕
๒.๑ คะแนนประเมิน รพ.สส.พท. ของสถานบริการสุขภาพภาครัฐ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๒.๒ ร้อยละของผลการประเมินสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภาคเอกชนผ่านตามเกณฑ์ (จำนวนร้านนวดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน/จำนวนร้านนวดทั้งหมด) x ๑๐๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

ข้อ ๓. มีการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย อย่างน้อย ๑ ช่องทาง

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	
	๐	๑
มีหลักฐานแสดงการประชาสัมพันธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย (แผ่นป้ายประชาสัมพันธ์/เว็บไซต์/การเชิญชวนรับบริการผ่านช่องทางไลน์, เฟสบุค/การจูงใจออนไลน์ และอื่นๆ)	ไม่มี	≥ ๑

ข้อ ๔. มีจำนวนผู้รับบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและสถานบริการสุขภาพด้านการนวดไทยเพิ่ม ≥ ร้อยละ ๕

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน				
	๐	๐.๒๕	๐.๕	๐.๗๕	๑
มีจำนวนผู้รับบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและสถานบริการสุขภาพด้านการนวดไทยเพิ่ม ≥ ร้อยละ ๕	๑	๒.๕	๕	๗.๕	๑๐

ข้อ ๕. มีรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย ≥ ร้อยละ ๕

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน				
	๐	๐.๒๕	๐.๕	๐.๗๕	๑
มีรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย ≥ ร้อยละ ๕ (รายได้จากการท่องเที่ยว คือ รายได้จากบริการนวด อบ ประคบ)	๑	๒.๕	๕	๗.๕	๑๐

๑๐.เงื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑.เหตุผล : ตัวชี้วัดกรรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกและกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

๑๒.รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒		
		มูลค่ายา สมุนไพร	มูลค่า นวด/ อบ/ประคบ	รวม
รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	บาท	-	-	-
อำเภอเมือง	บาท	๘,๙๘๔,๘๒๓	๑๘,๔๐๖,๙๒๐	๒๗,๓๙๑,๗๔๓
อำเภอแกดดำ	บาท	๖๕๙,๓๙๑	๒,๐๐๔,๗๒๐	๒,๖๖๔,๑๑๑
อำเภอโกสุมพิสัย	บาท	๙๙๓,๗๘๔	๗,๖๓๘,๐๑๐	๘,๖๓๑,๗๙๔
อำเภอกันทรวิชัย	บาท	๔๘๗,๘๒๒	๓,๔๖๘,๕๓๐	๓,๙๕๖,๓๕๒
อำเภอเชียงยืน	บาท	๑,๕๒๘,๕๘๐	๗,๗๖๓,๖๐๐	๙,๒๙๒,๑๘๐
อำเภอบรบือ	บาท	๑,๕๕๑,๒๖๕	๘,๔๗๙,๑๐๐	๑๐,๐๓๐,๓๖๕
อำเภอนาเชือก	บาท	๖๔๗,๒๑๖	๕,๑๔๖,๒๐๐	๕,๗๙๓,๔๑๖
อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย	บาท	๑,๘๐๓,๒๓๔	๕,๕๘๒,๙๕๐	๗,๓๘๖,๑๘๔
อำเภอนาปีนรุฒ	บาท	๑,๖๗๔,๑๙๓	๑๒,๑๓๙,๔๘๐	๑๓,๘๑๓,๖๗๓
อำเภอนาคู	บาท	๕๑๕,๓๐๖	๖,๙๐๖,๑๑๐	๗,๔๒๑,๗๘๗
อำเภอยางสีสุราช	บาท	๗๙๙,๖๗๗	๕,๓๕๓,๕๓๐	๖,๑๕๓,๒๐๗
อำเภอกุฉีกรัง	บาท	๒๘๑,๓๑๓	๔,๒๒๐,๔๓๐	๔,๕๐๑,๗๔๓
อำเภอชื่นชม	บาท	๕๒๕,๖๕๔	๓,๘๗๖,๖๑๐	๔,๔๐๒,๒๖๔
รวม		๒๐,๔๕๒,๒๖๒	๙๐,๙๘๖,๑๙๐	๑๑๑,๔๓๘,๔๕๒

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	กลุ่มงาน
๑. การออกนิเทศ/ประเมิน	๑. แฟ้มรายงานผลการดำเนินงานด้านการให้บริการ นวด อบ ประคบ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ของหน่วยบริการ (รวมการให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการ) เปรียบเทียบย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ	✓	✓	✓
	๒. แฟ้มรายงานผลการดำเนินงานด้านมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคของหน่วยบริการ (รวมการให้บริการทั้งในและนอกสถานบริการ) เปรียบเทียบย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ	✓	✓	✓
	๓. แฟ้มรายงานการติดตามผลการดำเนินงานของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพภาคเอกชนที่อยู่ในพื้นที่	✓	✓	✓
	๔. คู่มือการประเมินมาตรฐานตามเกณฑ์/ผลการประเมิน			

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๖ : ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

๓. เป้าหมาย : ระดับ ๕

๔. น้ำหนัก : ๒

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า โทร. ๐๘๓-๔๑๗-๐๘๖๐

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล โทร. ๐๘๑-๖๗๐-๗๔๖๒

นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์ โทร. ๐๘๕-๖๐๙-๑๑๐๑

๗. คำอธิบาย :

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

๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี

๒. ดำเนินการภาคบังคับในปี ๒๕๖๑- ๒๕๖๓ ปีละ ๒ หมวด และปี ๒๕๖๔ -๒๕๖๕ ปีละ ๖ หมวด โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ดำเนินการหมวด ๓ และหมวด ๖ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ หมวด ๒ หมวด ๔ และหมวด ๕

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

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

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

๕. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การ

๖. รายงานผลการดำเนินงาน รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน มายังกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข 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
กลุ่มเป้าหมาย : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ปีงบประมาณ ๒๕๖๓	ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖
ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๑๐๐)

๘. สูตรการคำนวณ : -

๙. เกณฑ์การให้คะแนน : ประกอบด้วยกิจกรรมการดำเนินงานตามเกณฑ์ประเมินผล ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน
รวม ๕ คะแนน

ข้อ	ขั้นตอนการดำเนินงาน					
๑	จัดทำรายงานลักษณะสำคัญขององค์กร ครบ 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	
เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๒ คำถาม ต่อ ๐.๒ คะแนน (Interval)						
๒	มีผลประเมินองค์กรด้วยตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพ การบริหารจัดการ ภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ หมวด ๓ และหมวด ๖ และคงรักษาสภาพ (Maintain) หมวด ๑ หมวด ๒ หมวด ๔ และหมวด ๕					
	หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน
	หมวด ๓	๒ คำถาม	๔ คำถาม	๖ คำถาม	๘ คำถาม	๑๐ คำถาม
หมวด ๖	๒ คำถาม	๔ คำถาม	๖ คำถาม	๘ คำถาม	๑๐ คำถาม	
เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๒ คำถาม ต่อ ๐.๑ คะแนน (Interval)						
๓	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรหมวด ๓ และหมวด ๖ ได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน)					
	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๐.๕ คะแนน		๑ คะแนน		
๒๕๖๓	มีแผน ๑ หมวด		มีแผน ๒ หมวด			
๔	จัดทำตัวชี้วัดหมวด ๓ และหมวด ๖ ได้ครบถ้วน (บังคับหมวดละ ๒ ตัวชี้วัด และกำหนดเองหมวดละ ๓ ตัวชี้วัดที่สอดคล้องกับ OFI) พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)					
	หมวด	เกณฑ์การให้คะแนน				

ข้อ	ขั้นตอนการดำเนินงาน					
		๐.๑ คะแนน	๐.๒ คะแนน	๐.๓ คะแนน	๐.๔ คะแนน	๐.๕ คะแนน
	หมวด ๓	๑ ตัวชี้วัด	๒ ตัวชี้วัด	๓ ตัวชี้วัด	๔ ตัวชี้วัด	๕ ตัวชี้วัด
	หมวด ๖	๑ ตัวชี้วัด	๒ ตัวชี้วัด	๓ ตัวชี้วัด	๔ ตัวชี้วัด	๕ ตัวชี้วัด
	เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑ ตัวชี้วัด ต่อ ๐.๑ คะแนน (Interval)					
๕	มีรายงานผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร หมวด ๓ และหมวด ๖ และรายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดหมวด ๓ และหมวด ๖ (จำนวน ๑๐ ตัวชี้วัด)					
	ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๐.๕ คะแนน		๑ คะแนน		
	รอบ ๓ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๐ ม.ค. ๖๓		ส่งภายในวันที่ ๒๐ ม.ค. ๖๓		
	รอบ ๖ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๒ มี.ค. ๖๓		ส่งภายในวันที่ ๒๒ มี.ค. ๖๓		
	รอบ ๙ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๑ มิ.ย. ๖๓		ส่งภายในวันที่ ๒๑ มิ.ย. ๖๓		
	รอบ ๑๒ เดือน	ส่งหลังวันที่ ๒๐ ก.ย. ๖๓		ส่งภายในวันที่ ๒๐ ก.ย. ๖๓		
	เกณฑ์การให้คะแนน					
	ผลคะแนนรอบ ๓ เดือน + รอบ ๖ เดือน + รอบ ๙ เดือน + รอบ ๑๒ เดือน					
	๔					

ตัวชี้วัดการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด
หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	
๑	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ
๒	ร้อยละความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
๓	ร้อยละของข้อร้องเรียนได้รับการแก้ไข
๔	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
๕	จำนวนนวัตกรรม
หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ	
๖	ร้อยละของกระบวนการที่ดำเนินการสำเร็จตามมาตรฐานที่กำหนด
๗	จำนวนกระบวนการที่ได้รับการปรับปรุง
๘	ร้อยละของบุคลากรที่เข้าร่วมซ้อมแผนภาวะฉุกเฉิน
๙	อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)
๑๐	ร้อยละนวัตกรรมที่หน่วยงาน นำไปใช้ประโยชน์

๑๐. เงื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล :

๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖

๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของ ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

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

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
มีเอกสารแสดงการดำเนินการพัฒนาองค์การตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	<p>การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - แบบฟอร์ม ๑ ลักษณะสำคัญขององค์การ - แบบฟอร์ม ๒ การประเมินองค์การตามแนวทางการตอบ ADLI และประเมินจุดแข็งและจุดอ่อนโอกาสในการปรับปรุง พร้อมคะแนน หมวด ๓ และ หมวด ๖ - แบบฟอร์ม ๓ การจัดทำแผนพัฒนาองค์การ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ หมวด ๓ และ หมวด ๖ (อย่างน้อยหมวดละ ๑ แผน) - แบบฟอร์ม ๔ ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย หมวด ๓ และ หมวด ๖ พร้อมรายละเอียดตัวชี้วัด - การประเมินคะแนนคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐตามแบบประเมินตนเอง (Self-Assessment) หมวด ๓ และ หมวด ๖ - การดำเนินการและผลการพัฒนาองค์การ ตามแผนพัฒนาองค์การ และการประเมินผลตัวชี้วัดในหมวด ๓ และหมวด ๖ 	✓	-	-

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๗ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
๓. เป้าหมาย : ระดับ ๕
๔. น้ำหนัก : ๒
๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรวรรณ คุสกุรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุมาลี ใหม่คามิ โทร. ๐๘๖-๘๖๔-๔๑๖๔
๗. คำอธิบาย :

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

- HA ชั้น ๑ หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสดังสูง
- 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

๘. สูตรการคำนวณ : ให้คะแนนจากระดับความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์การพัฒนาระดับ ๑-๕
๙. 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 นำปัญหามา ทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มี โอกาสเกิดสูง
๓	โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนา คุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตาม มาตรฐาน HA
๔	โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาการอย่าง เชื่อมโยงเป็นองค์กรเรียนรู้ ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน
๕	โรงพยาบาลผ่านการ รับรอง HA ^{ชั้น} ๓ และไม่หมดอายุการรับรอง

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

โดยที่ : สำหรับโรงพยาบาลระดับ F๓

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	โรงพยาบาลมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานเกณฑ์การขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการของ สปสช. และมีการจัดทำ Hospital profile
๒	โรงพยาบาลมีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ การสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามา ทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/ มีโอกาสเกิดสูง ร่วมกับมีการทบทวน ๑๒ กิจกรรม
๓	โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนา คุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด clinical tracer ปฏิบัติตามมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของ สปสช.
๔	โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ มีการประเมินตนเองตามมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียน หน่วยบริการของ สปสช. พัฒนาการอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ ปฏิบัติตามมาตรฐานได้ ครบถ้วน
๕	โรงพยาบาลผ่านการประเมินเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของ สปสช. (ตัดโดยไม่มี เงื่อนไขออก)

๑๐. เงื่อนไข : (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล :

๑. ตอบสนองตัวชี้วัด PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓ ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓
๒. เป็นตัวชี้วัดที่ใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาโรงพยาบาลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน
๓. ประชาชนได้เข้าถึงหน่วยบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
โรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการ รับรอง HA ชั้น ๓	แห่ง	๑๑	๑๑	๑๑

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

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

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๘ : ความสำเร็จของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว

๓. เป้าหมาย : ผ่านเกณฑ์ ระดับ ๕ ดาว

๔. หน้าที่ : ๕

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรพรรณ คุณกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาพร กุณาศล โทร.๐๘๘-๕๖๘-๑๐๓๘

๗. คำอธิบาย :

การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดีประกอบด้วย

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

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี

หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด ๕ ผลลัพธ์

ผ่านเกณฑ์ คือ ๕ ดาวต้องมีทุกข้อต่อไปนี้

- ๑) คะแนนรายหมวดมากกว่าร้อยละ ๘๐
- ๒) คะแนนรวม ๕ หมวดมากกว่าร้อยละ ๘๐

(อ้างอิงจากคู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุข)

๘. สูตรการคำนวณ : -

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

ส่วนที่ ๑ ให้คะแนนจากระดับความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์การพัฒนาระดับ ๑-๕ (หน้าหลัก ๒)

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

โดยที่ :

ระดับ คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	<p>๑. มีการกำหนดเป้าหมายให้ รพ.สต.ที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ รพ.สต.ติดตามในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ และเป้าหมาย รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ปี๒๕๖๐ที่ต้องประเมินความยั่งยืน เพื่อพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ในปี ๒๕๖๓</p> <p>๒. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอที่ประกอบด้วยทีมพี่เลี้ยงจากรพ.แม่ข่าย ทีมสหวิชาชีพ หมอครอบครัว ภาศึเครือข่าย ชุมชน อสม.</p> <p>๓. มีคณะกรรมการประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ</p>
๒	<p>๑. อำเภอมีการกำกับดูแลให้ รพ.สต.เป้าหมายพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตามในปี ๒๕๖๓ รพ.สต.กำหนดประเด็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP) จัดทำและส่งแบบประเมินตนเองทุกแห่งให้ สสจ.มหาสารคาม ตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๒. อำเภอมีการกำกับดูแลให้ รพ.สต.ทุกแห่ง บันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตามถูกต้องครบถ้วน ตามระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/pcu</p> <p>๓. อำเภอมีข้อสรุปแผนพัฒนาส่วนขาด รพ.สต.ทุกแห่งในเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ที่ไม่ผ่านตามเกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๓</p>
๓	<p>๑. อำเภอมีการประเมินรับรองผลการประเมิน รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ และส่งผลการรับรองพร้อมการสรุปผลการพัฒนาส่วนขาด ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ให้ สสจ.มหาสารคาม ตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๒. อำเภอมีการบันทึกข้อมูลผลการประเมินรับรอง รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ ตามระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/PCU ถูกต้องครบถ้วน ทุกแห่งตามเวลาที่กำหนด</p> <p>๓. อำเภอมีการประสานให้ รพ.สต.เป้าหมาย ปี ๒๕๖๓ ได้รับการประเมินรับรองจากคณะกรรมการประเมิน รพ.สต.ติดตามระดับจังหวัด ตามเวลาที่กำหนด</p>
๔	<p>อำเภอมีผลงาน รพ.สต.ผ่านการรับรองระดับ ๕ ดาว สะสม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๓ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕ ตามระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/PCUกระทรวงสาธารณสุข</p>
๕	<p>๑. อำเภอมีการสรุปผลลัพธ์ ที่ประชาชนได้รับจากการพัฒนารพ.สต.ติดตาม ตามเกณฑ์ ๕ หมวด</p> <p>๒. อำเภอมีการสรุปผลลัพธ์การพัฒนาที่ประชาชนได้รับตามประเด็น OTOP ในทุก รพ.สต.ที่ผ่านการรับรอง ระดับ ๕ ดาว ปี ๒๕๖๓</p>

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

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ผลการประเมินรายหมวด จากคะแนนประเมิน รพ.สต.ติดดาว	๓	ระดับ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

สูตรการคำนวณ : ผลการประเมินรายหมวด จากคะแนนประเมิน รพ.สต.ติดดาว

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

๑๐. เงื่อนไข : (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล :

๑. เป็นตัวชี้วัด PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๓
๒. เป็นตัวชี้วัดที่ใช้เป็นเครื่องมือพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน
๓. ผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดจากการพัฒนา รพ.สต.ติดดาวต้องสามารถบอกได้ว่า ประชาชนได้รับ

ประโยชน์อะไรจากการพัฒนา เนื่องจากการพัฒนาเป็นไปตามประเด็น พชอ./ODOP/OTOP

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว	ร้อยละ	๒๖.๘๖	๕๔.๒๙ (สะสม)	๘๑.๑๔ (สะสม)
รพ.สต.ทั้งหมด	แห่ง	๑๗๕	๑๗๕	๑๗๕
รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว	แห่ง	๔๗	๙๕ (สะสม)	๑๔๒ (สะสม)

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. มีการกำหนดเป้าหมายให้ รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ในปี ๒๕๖๐-๒๕๖๒ และเป้าหมาย รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ปี ๒๕๖๐ ที่ต้องประเมินความยั่งยืน เพื่อพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ในปี ๒๕๖๓	- หนังสือราชการรายงานเป้าหมายการพัฒนา รพ.สต.ติดตาม ปี ๒๕๖๓	✓		
๒. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ	- คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ	✓		
๓. มีคณะกรรมการประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ	- คำสั่งคณะกรรมการประเมินคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอ	✓		
๔. อำเภอมีการกำกับดูแลให้ รพ.สต. เป้าหมายพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ในปี ๒๕๖๓ รพ.สต.กำหนดประเด็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP) จัดทำและส่งแบบประเมินตนเองทุกแห่งให้ สสจ.มหาสารคาม ตามเวลาที่กำหนด	- แบบรายงานการประเมินตนเองตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ในปี ๒๕๖๓ รพ.เป้าหมาย - แบบรายงานประเด็นปัญหาสาธารณสุขของประชาชนในพื้นที่ (OTOP)	✓		
๕. อำเภอมีการกำกับดูแลให้ รพ.สต. ทุกแห่ง บันทึกข้อมูลทั่วไปและการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดตามถูกต้องครบถ้วน ตามระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/pcu	ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/pcu	✓		✓
๖. อำเภอมีข้อสรุปแผนพัฒนาส่วนขาด รพ.สต.ทุกแห่งในเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ที่ไม่ผ่าน ตามเกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๓	- แบบรายงานแผนพัฒนาส่วนขาดรพ.สต.ทุกแห่งในเกณฑ์ รพ.สต.ติดตาม ที่ไม่ผ่าน ตามเกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๓	✓		
๗. อำเภอมีการประสานให้ รพ.สต. เป้าหมาย ปี ๒๕๖๓ ได้รับการประเมินรับรองจากคณะกรรมการประเมิน รพ.สต.ติดตามระดับจังหวัดตามเวลาที่กำหนด	- การประเมินระดับจังหวัด	✓		✓

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๘. อำเภอมีผลงาน รพ.สต.ผ่านการรับรองระดับ ๕ ดาว สะสม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๓ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕ ตามระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/PCUกระทรวงสาธารณสุข	- รายงานการรับรองระดับ ๕ ดาว สะสม ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๓ ระดับจังหวัด - ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ โปรแกรม Gishealth.moph.go.th/PCU กระทรวงสาธารณสุข	✓		✓
๙. อำเภอมีการสรุปผลลัพธ์ ที่ประชาชนได้รับจากการพัฒนารพ.สต.ติดตามเกณฑ์ ๕ หมวด	- รายงานผลลัพธ์การพัฒนารพ.สต.ติดตามเกณฑ์ ๕ หมวด อำเภอละ ๑ เล่ม	✓		
๑๐. อำเภอมีการสรุปผลลัพธ์การพัฒนาที่ประชาชนได้รับตามประเด็น OTOP ในทุกรพ.สต.ที่ผ่านการรับรอง ระดับ ๕ ดาว ปี ๒๕๖๓	- รายงานผลลัพธ์การพัฒนารพ.สต.ตามประเด็น OTOP แยกราย รพ.สต. อำเภอละ ๑ เล่ม	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
๒. ตัวชี้วัดที่ ๑๙ : ร้อยละคะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน
๓. เป้าหมาย : หน่วยงานมีผลการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพไม่ต่ำกว่าเกณฑ์ “กำลังพัฒนา” (คะแนนร้อยละ ๕๗ ขึ้นไป)
๔. น้ำหนัก : ๓
๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางสุธิดา คณะมะ โทร. ๐๘๑-๙๕๔-๕๐๘๙
๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาววิภาดา คงทรง โทร. ๐๘๕-๑๔๐-๐๑๑๙
๗. คำอธิบาย :

องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.) มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข

เกณฑ์การประเมินมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข มีทั้งหมด ๕ หมวด จำนวน ๒๗ ข้อ ได้แก่
 หมวดที่ ๑ ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (Success) จำนวน ๒ ข้อ
 หมวดที่ ๒ การบริหาร (Administration) จำนวน ๕ ข้อ
 หมวดที่ ๓ มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (Body & Mind) จำนวน ๙ ข้อ
 หมวดที่ ๔ บรรยากาศในการทำงาน (Atmosphere) จำนวน ๕ ข้อ
 หมวดที่ ๕ การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (Investment) จำนวน ๖ ข้อ

๘. สูตรการคำนวณ : $(A / B) \times ๑๐๐$

A = คะแนนการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข

B = คะแนนรวมการประเมินเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข ๒,๗๐๐ คะแนน

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน	ร้อยละ	๓	๔๗	๕๒	๕๗	๖๒	๖๗

โดยสำรวจข้อมูลจากอำเภอในการประเมินผลการดำเนินงาน ๑ ครั้ง/ปี

ผลการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุข ทั้งหมด ๕ หมวด จำนวน ๒๗ ข้อ โดยแต่ละข้อ มีค่าคะแนนตัวเลือก ดังนี้

ตัวเลือกที่ ๑ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๐ คะแนน

ตัวเลือกที่ ๒ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๒๕ คะแนน

ตัวเลือกที่ ๓ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๕๐ คะแนน

ตัวเลือกที่ ๔ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๗๕ คะแนน

ตัวเลือกที่ ๕ มีค่าคะแนนเท่ากับ ๑๐๐ คะแนน

เมื่อประเมินครบทุกข้อ นำผลรวมคะแนนที่ได้ หารด้วยคะแนนทั้งหมด คูณด้วย ๑๐๐ เพื่อหาค่าร้อยละคะแนน เทียบเกณฑ์ช่วงคะแนนร้อยละ ดังนี้

ช่วงคะแนนร้อยละ ๐.๐๐-๔๘.๘๘ หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ ต้องรีบปรับปรุง

ช่วงคะแนนร้อยละ ๔๘.๐๐-๕๖.๘๘ หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ ต้องเพิ่มความใส่ใจ

ช่วงคะแนนร้อยละ ๕๗.๐๐-๗๓.๘๘ หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ กำลังพัฒนา

ช่วงคะแนนร้อยละ ๗๔.๐๐-๑๐๐.๐๐ หมายถึง สุขภาวะของคนในองค์กรนี้ นำปริ่มที่สุด

๑๐. เงื่อนไข ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จะต้องผ่านที่ระดับ กำลังพัฒนา (คะแนนร้อยละ ๕๗ ขึ้นไป)

๑๑. เหตุผล :

เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และ สุขภาวะองค์กร (HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	ร้อยละ	-	-	๓ (หน่วยงานที่เป็นองค์กรแห่งความสุข)

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ. สต.
<p>สำรวจข้อมูลจากอำเภอ ในการประเมินผลการ ดำเนินงาน ๑ ครั้ง/ปี และผลการประเมิน องค์กรแห่งความสุขที่มี คุณภาพมาตรฐานตาม เกณฑ์กระทรวง สาธารณสุข โดยพิจารณา เอกสารข้อมูล และ สัมภาษณ์นักสร้างสุข/ คณะกรรมการขับเคลื่อน องค์กรแห่งความสุขของ CUP</p>	<p>๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการทำงานขับเคลื่อน องค์กรแห่งความสุข/ ผู้ทำหน้าที่ขับเคลื่อนความสุข ในหน่วยงาน</p> <p>๒. มีข้อมูลการวิเคราะห์ความสุขของบุคลากร ทราบปัญหา ส่วนขาด ด้านความสุขของบุคลากร</p> <p>๓. ข้อมูลแสดงความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ มาตรฐาน ขององค์กร(HA/PMQA/รพ.สต.ติดดาว) และผล การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p> <p>๔. ข้อมูลแสดงถึงการบริหาร ด้านผลตอบแทน สวัสดิการบุคลากร การให้รางวัลยกย่องบุคลากร ความก้าวหน้าในอาชีพ การสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร</p> <p>๕. ข้อมูลระบบการดูแลสุขภาพกาย-ใจของ บุคลากร การดูแลและครอบครัวบุคลากร ประเมิน สุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันอันตรายจาก การทำงาน การส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงาน ความผูกพัน สมดุลชีวิตของบุคลากร</p> <p>๖. ข้อมูลแสดงถึงการสร้างบรรยากาศที่ดีในการ ทำงาน นโยบายสร้างสุขขององค์กร ต้นแบบสร้าง สุข สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ความปลอดภัยใน การทำงาน</p> <p>๗. ข้อมูลแสดงถึงการลงทุนเพื่อการสร้างสุขใน องค์กร การกำกั้นนโยบาย การสื่อสารสร้างสุข การ สนับสนุนทรัพยากรสร้างสุข การมีส่วนร่วมใน กิจกรรมสร้างสุข</p> <p>๘. มีแผนงาน/โครงการสร้างสุข</p> <p>๙. มีผลการดำเนินกิจกรรมตามงานสร้างสุข</p> <p>๑๐. มีการสรุปกิจกรรมการดำเนินงาน ถอด บทเรียนความสำเร็จ (Success Story)</p>	<p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p> <p>✓</p>		

เกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข
ด้วย Happy Public Organization Index (HPI)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของหน่วยงาน

1. ชื่อหน่วยงาน.....(จังหวัด.....)

2. จำนวนบุคลากร.....(คน)

3. หน่วยงานของท่านมีกระบวนการสร้างสุขอย่างไร

3.1) คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข/คณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข

(จัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน/กำหนดเป็นอำนาจและหน้าที่อย่างหนึ่งของคณะกรรมการบริหารของหน่วยงาน)

ไม่มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน

มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน

3.2) ทีมสร้างสุขหน่วยงาน

(ทีมสร้างสุขหน่วยงาน หมายถึง บุคลากรในหน่วยงานที่เป็นนักสร้างสุขที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนความสุข หรือบุคลากรที่เป็นจิตอาสาในสร้างสรรค์กิจกรรมสร้างสุขในหน่วยงาน)

ไม่มีทีมสร้างสุขหน่วยงาน

มีทีมสร้างสุขหน่วยงาน

4. กิจกรรมสร้างสุขที่องค์กรทำมาแล้วมีดังนี้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

กีฬา

ท่องเที่ยว

บำเพ็ญประโยชน์

ทำบุญ/พัฒนาจิตใจ

สร้างความสัมพันธ์

อบรมการดำรงชีวิต

จัดงานตามเทศกาล

อื่น ๆ (ระบุ).....

5. บุคลากรในองค์กรเข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุขตามข้อใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่เคยเลย

อบรม/รับฟังแนวคิด

เป็นวิทยากร

เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ขับเคลื่อนนโยบาย

ร่วมรณรงค์

อื่น ๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 ตรวจสอบสุขภาวะภาครัฐด้วยตนเอง

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้า 1 - 5 ที่ตรงกับการดำเนินการขององค์กร จากนั้น นำตัวเลขคะแนนใส่ไว้ในช่องทางขวามือ

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	คะแนน สูงสุด
หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ (ประกอบด้วย 2 ข้อ)		
1) องค์กรมีมาตรฐานเป็นที่ยอมรับของสังคม	1.1 สำหรับ รพ.ศ. รพท. รพช. <input type="checkbox"/> 1. ไม่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) <input type="checkbox"/> 2. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ 1 <input type="checkbox"/> 3. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ 2 <input type="checkbox"/> 4. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ 3 <input type="checkbox"/> 5. ผ่านการรับรองคุณภาพ HA บันไดขั้นที่ 3 (reaccredit)	
	1.2 สำหรับ รพ.สต. <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยได้รับการประเมิน รพ.สต.ติดดาว (จำนวน.....หน่วยงาน) <input type="checkbox"/> 2. ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว อย่างน้อย 1 หมวด (จำนวน.....หน่วยงาน) <input type="checkbox"/> 3. ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว อย่างน้อย 2 หมวด (จำนวน.....หน่วยงาน) <input type="checkbox"/> 4. ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว อย่างน้อย 3 หมวด (จำนวน.....หน่วยงาน) <input type="checkbox"/> 5. ผ่านการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ครบทุกหมวด (จำนวน.....หน่วยงาน)	
	1.3 สำหรับกรมวิชาการ / สป.ส่วนกลาง / สำนักงานเขตสุขภาพ / สสจ. และ สสอ. <input type="checkbox"/> 1. ไม่เคยได้รับการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) <input type="checkbox"/> 2. ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMAQ) อย่างน้อย 2 หมวด <input type="checkbox"/> 3. ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMAQ) อย่างน้อย 4 หมวด <input type="checkbox"/> 4. ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMAQ) อย่างน้อย 6 หมวด <input type="checkbox"/> 5. ผ่านการประเมินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMAQ) ครบทุกหมวด	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	คะแนน สูงสุด
2) ความพึงพอใจของผู้รับบริการ	<input type="checkbox"/> 1. ผู้รับบริการน้อยกว่าร้อยละ 20 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 1.00 – 2.49 <input type="checkbox"/> 2. ผู้รับบริการร้อยละ 21 – 40 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 2.50 – 2.99 <input type="checkbox"/> 3. ผู้รับบริการร้อยละ 41 – 60 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3.00 – 3.50 <input type="checkbox"/> 4. ผู้รับบริการร้อยละ 61 – 80 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 3.51 – 4.25 <input type="checkbox"/> 5. ผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ 80 มีความพึงพอใจในระดับมากขึ้นไป หรือมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้รับบริการ 4.26 – 5.00	
คำอธิบาย คะแนนการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ใช้คะแนนจากแบบประเมินของหน่วยงานภายนอกเป็นผู้ประเมินให้ เช่น คะแนนการประเมินความพึงพอใจและไม่พึงพอใจของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) หรือคะแนนการประเมินจากหน่วยงานหน่วยงานภายนอกที่มีความน่าเชื่อถือ		
หมวดที่ 2 การบริหาร (ประกอบด้วย 5 ข้อ)		
3) ระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนที่เหมาะสมกับการทำงาน <input type="checkbox"/> 2. มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงานและเป็นที่ยอมรับ <input type="checkbox"/> 3. มีการดำเนินงานให้ผลตอบแทนการทำงานตามระบบและกลไกที่วางไว้ <input type="checkbox"/> 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการบริหารผลตอบแทนการทำงาน	
4) ระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร <input type="checkbox"/> 2. มีระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ <input type="checkbox"/> 3. มีการดำเนินงานให้สวัสดิการบุคลากรตามระบบและกลไกที่วางไว้ <input type="checkbox"/> 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการจัดสวัสดิการบุคลากร	
5) ระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร <input type="checkbox"/> 2. มีระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากรและเป็นที่ยอมรับ <input type="checkbox"/> 3. มีการดำเนินงานให้รางวัลยกย่องบุคลากรตามระบบที่วางไว้ <input type="checkbox"/> 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการให้รางวัลยกย่องบุคลากร	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	คะแนนสูงสุด
6) ระบบและกลไกของความก้าวหน้าในอาชีพ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. มีระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพและเป็นที่ยอมรับ <input type="checkbox"/> 3. มีการกำหนดเส้นทางในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ <input type="checkbox"/> 4. มีการปฏิบัติและตรวจสอบให้บุคลากรก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นตามเส้นทางพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ	
7) ระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร <input type="checkbox"/> 2. มีระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร <input type="checkbox"/> 3. มีการดำเนินการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร <input type="checkbox"/> 4. มีการตรวจสอบระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการตรวจสอบมาปรับปรุงระบบและกลไกการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร	
หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย-ใจของบุคลากร (ประกอบด้วย 9 ข้อ)		
8) การดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางในการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร <input type="checkbox"/> 3. มีกิจกรรมการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินแนวทางการดูแลความสุขของครอบครัวบุคลากร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม	
9) การจัดการบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ <input type="checkbox"/> 3. มีการปฏิบัติตามแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรให้ทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินผลแนวทางการช่วยเหลือบุคลากรที่มีปัญหาสุขภาพ <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง พัฒนาแผนการปฏิบัติงานตามแนวทาง	
10) การประเมินสุขภาพของบุคลากร (ดัชนีมวลกาย/รอบเอว, สัดส่วนเอวต่อสะโพก, ผลการตรวจทาง	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการประเมินสุขภาพของบุคลากร <input type="checkbox"/> 3. มีรายงานการประเมินผลสุขภาพของบุคลากร <input type="checkbox"/> 4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงที่มีผลต่อสุขภาพของบุคลากร <input type="checkbox"/> 5. มีแนวทางส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรที่สอดคล้องกับผลการประเมินสุขภาพและปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคลากร	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	คะแนน สูงสุด
คลินิก, ผลการ ตรวจสุขภาพ ประจำปี)		
11) การส่งเสริม พฤติกรรม สุขภาพของ บุคลากร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร <input type="checkbox"/> 3. มีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรประจำปี <input type="checkbox"/> 4. มีการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของบุคลากร <input type="checkbox"/> 5. มีแนวทางการป้องกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคลากร	
12) การจัดการ ความเครียดของ บุคลากร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร <input type="checkbox"/> 3. มีกิจกรรมการประเมินและจัดการความเครียดของบุคลากร <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินกิจกรรมการจัดการความเครียดของบุคลากร <input type="checkbox"/> 5. มีแนวปรับปรุงและพัฒนาการจัดการความเครียดของบุคลากร	
13) การป้องกัน การเกิด อุบัติเหตุ/การ เจ็บป่วย/การ ตายที่มีสาเหตุ จากการทำงาน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการประเมินการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน <input type="checkbox"/> 3. มีรายงานอัตราการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน <input type="checkbox"/> 4. มีการวิเคราะห์ความเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน <input type="checkbox"/> 5. มีแนวทางป้องกันและลดการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย/การเสียชีวิตที่มีสาเหตุมาจากทำงาน	
14) การส่งเสริม ให้เกิดความพึง พอใจในการ ทำงานของ บุคลากร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน <input type="checkbox"/> 3. มีการประเมินความพึงพอใจในการทำงาน <input type="checkbox"/> 4. มีการนำผลความพึงพอใจในการทำงานมาวิเคราะห์และวางแนวทางการส่งเสริมความพึงพอใจของบุคลากร <input type="checkbox"/> 5. มีการส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรเป็นรูปธรรม	
15) การส่งเสริม ให้เกิดความ ผูกพันในองค์กร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร <input type="checkbox"/> 3. มีกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร <input type="checkbox"/> 5. มีแนวทางในการปรับปรุง/พัฒนาการส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	คะแนนสูงสุด
16) การส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน <input type="checkbox"/> 3. มีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินกิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน <input type="checkbox"/> 5. มีการปรับปรุงและพัฒนากิจกรรมการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน	
<p>คำอธิบาย</p> <p>ความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน หมายถึง การจัดสรรเวลาในการดำเนินชีวิตให้มีสัดส่วนที่เหมาะสมสำหรับงาน ครอบครัว สังคม และตนเอง โดยปัจจัยสำคัญที่มีส่วนกำหนดการรับรู้ถึงระดับความสมดุล คือ ความรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจที่จะจัดการภาระงาน กิจกรรมการปฏิบัติงานต่าง ๆ และบริหารเวลาที่จะใช้ในการปฏิบัติงานให้เหมาะกับสภาพความต้องการของตนเอง</p>		
<p>หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน (ประกอบด้วย 5 ข้อ)</p>		
17) ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง	<input type="checkbox"/> 1. ผู้นำสูงสุดไม่มีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 2. ผู้นำสูงสุดมีนโยบายการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 3. ผู้นำสูงสุดมีการสื่อสารนโยบายการสร้างสุขสู่บุคลากรทุกระดับ <input type="checkbox"/> 4. ผู้นำสูงสุดมีบทบาท/แสดงออกอย่างชัดเจนต่อการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 5. ผู้นำสูงสุดพัฒนาแนวคิด/แนวทางการสร้างสุขในองค์กรอย่างต่อเนื่อง	
<p>คำอธิบาย</p> <p>ผู้นำสูงสุด คือ ผู้บริหารสูงสุดในองค์กรนั้น ๆ เช่น โรงพยาบาล ผู้นำสูงสุดคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ผู้บริหารสูงสุดในองค์กรนั้น ๆ มอบนโยบาย ให้การสนับสนุนและ/หรือเข้าร่วมกระบวนการ รวมทั้งชักจูง โน้มน้าวให้คนในองค์กรมีส่วนร่วมในกิจกรรมการสร้างความสุขในการทำงาน</p>		
18) ผู้บริหารทุกระดับเป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีผู้บริหารที่เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 2. ผู้บริหารน้อยกว่าร้อยละ 25 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 3. ผู้บริหารร้อยละ 25 – 50 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 4. ผู้บริหารร้อยละ 51 – 75 เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 5. ผู้บริหารมากกว่าร้อยละ 75 ขึ้นไป เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร	
<p>คำอธิบาย</p> <p>ผู้บริหารทุกระดับ คือ บุคลากรระดับหัวหน้างานขึ้นไปในหน่วยงานนั้น ๆ</p> <p>ผู้บริหารทุกระดับเป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร หมายถึง ผู้บริหารทุกระดับดำเนินการสนับสนุนการดำเนินงาน รวมทั้งการมีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาเครือข่าย การเสริมสร้างศักยภาพองค์กรให้เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาวะองค์กร การสื่อสารสาธารณะเพื่อปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ไม่เอื้อต่อการทำงานที่สมดุลทั้งในองค์กร และหน่วยงานอื่น การผลักดันให้</p>		

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	คะแนนสูงสุด
	เกิดหน่วยปฏิบัติในองค์กรหรือมีโครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อสุขภาวะองค์กร รวมถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่เอื้อต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตการทำงาน และความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน ตามกรอบแนวคิดสุขภาวะองค์กร	
19) บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร <input type="checkbox"/> 3. มีกิจกรรมสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินกิจกรรมสร้างบรรยากาศที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนากิจกรรมสร้างบรรยากาศ	
<p>คำอธิบาย</p> <p>องค์ประกอบของบรรยากาศในการทำงาน ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) โครงสร้างองค์กร รวมทั้งความรู้สึกของบุคลากรต่อบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ 2) มาตรฐานการทำงานในองค์กร การแสวงหาแนวทางในการปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง 3) ความรับผิดชอบและการทำงานที่เป็นอิสระ หรือการเป็นนายตนเอง ความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนจากองค์กรให้สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง 4) การได้รับการยอมรับของบุคลากร ได้รับรางวัลหรือผลตอบแทนที่ได้รับเหมาะสมกับงานที่ได้ทำ 5) การสนับสนุน คือ ความรู้สึกไว้วางใจ และได้รับการสนับสนุนในกลุ่ม/งาน (การเป็นส่วนหนึ่งของทีม การได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนร่วมงานเมื่อพบปัญหาที่แก้ไขได้ยาก) 6) ความภาคภูมิใจที่ได้เป็นส่วนหนึ่งขององค์กร มุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายขององค์กร 		
20) สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี <input type="checkbox"/> 3. มีการลงมือปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินผลการสร้างเสริมให้เกิดสภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม	
<p>คำอธิบาย</p> <p>สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี ประกอบด้วย พฤติกรรมของผู้นำองค์กร การบริหารจัดการภายในองค์กร การออกแบบงาน ระบบการให้รางวัลหรือผลตอบแทน นโยบายและวิธีการทำงาน การกำหนดมาตรฐานการทำงาน สถานที่และสภาพแวดล้อมของการทำงานภายในองค์กร รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรในองค์กร</p>		
21) ความปลอดภัยในการทำงาน	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน <input type="checkbox"/> 3. มีการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัยในการทำงาน <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินผลการดำเนินการสร้างเสริมความปลอดภัย <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาแนวทางและกิจกรรม	

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	คะแนนสูงสุด
หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร (ประกอบด้วย 6 ข้อ)		
22) การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีคณะกรรมการกำกับนโยบายองค์กรสร้างสุข <input type="checkbox"/> 2. มีคณะกรรมการกำกับนโยบายองค์กรสร้างสุข <input type="checkbox"/> 3. คณะทำงานปฏิบัติตามนโยบายองค์กรสร้างสุข <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินการทำงานของคณะกรรมการกำกับนโยบายฯ <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลประเมินมาปรับปรุงพัฒนาการทำงาน	
23) การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 3. มีการสื่อสารตามแนวทางการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินการสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสื่อสารฯ	
คำอธิบาย การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร หมายถึง องค์กรมีรูปแบบ/วิธีการในการสื่อสาร การเผยแพร่ และมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการสร้างสุขภายในองค์กร เพื่อให้เกิดการสร้างสุขในการทำงานของบุคลากรในองค์กร		
24) การเรียนรู้ในองค์กร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการเรียนรู้ในองค์กร <input type="checkbox"/> 3. มีกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์กร <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินผลกิจกรรมการเรียนรู้ในองค์กร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการเรียนรู้ในองค์กร	
คำอธิบาย การเรียนรู้ในองค์กร หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ต่าง ๆ เพื่อเป็นการสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรมีความรู้ความสามารถ/เพิ่มประสบการณ์/การทำงานเป็นทีม/สร้างวัฒนธรรมองค์กรที่ดี และช่วยลดปัญหาความขัดแย้งในองค์กร ให้มีพฤติกรรมในการบริการที่ดี มีคุณธรรม จริยธรรม เสียสละ และมีจิตอาสา โดยมุ่งให้เกิดองค์กรแห่งความผูกพัน		
25) การสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 3. องค์กรสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุง/พัฒนาการสนับสนุนทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร	
คำอธิบาย ทรัพยากรเพื่อการสร้างสุขในองค์กร หมายถึง บุคลากรในหน่วยงาน งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุน กิจกรรมสร้างสุข สถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ที่จะสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนหรือกิจกรรมที่วางไว้		

หัวข้อ	รายการตรวจสอบ	คะแนนสูงสุด
26) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางให้บุคลากรมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 3. บุคลากรมีส่วนร่วมในการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการประเมินมาพัฒนา/ปรับปรุงการมีส่วนร่วมของบุคลากร	
27) กระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข	<input type="checkbox"/> 1. ไม่มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 2. มีแนวทางการประเมินการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 3. มีกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 4. มีการประเมินคุณภาพของกระบวนการประเมินการสร้างสุขในองค์กร <input type="checkbox"/> 5. มีการนำผลการประเมินมาปรับปรุงพัฒนาคุณภาพกระบวนการประเมิน	
<p>คำอธิบาย</p> <p>กระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข หมายถึง การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และการประเมินสุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index: HPI) แล้วนำผลการวิเคราะห์จากการประเมินทั้ง 2 การประเมิน มาจัดทำแผนในการพัฒนาองค์กร เพื่อให้เป็นองค์กรแห่งความสุขที่เสริมสร้างความสุขในการทำงานของบุคลากรในองค์กร</p>		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒๐ : คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน Smart Hospital

๓. เป้าหมาย : โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง จังหวัดมหาสารคาม

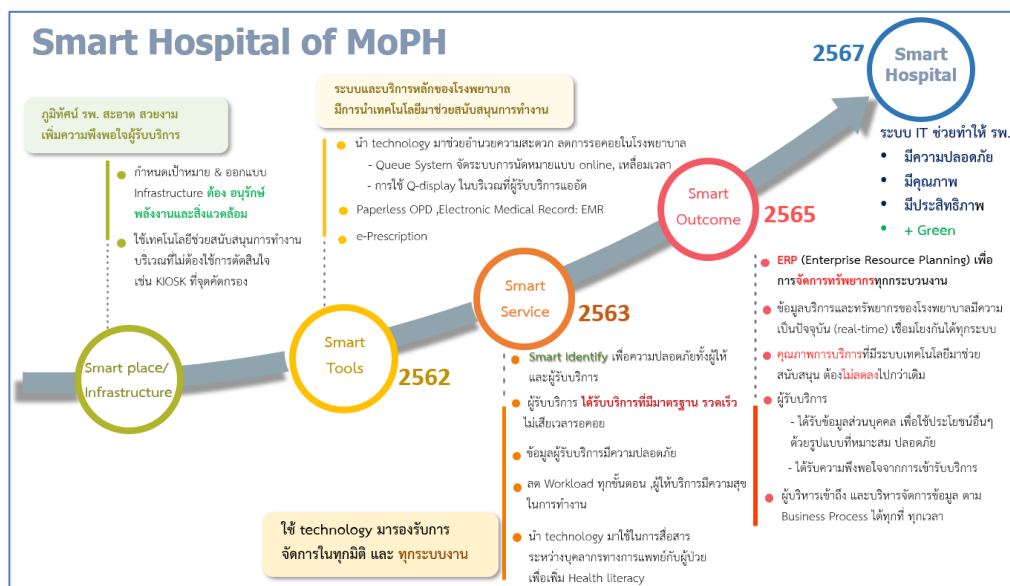
๔. น้ำหนัก : ๒

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายสัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า โทร. ๐๘๓-๔๑๗-๐๘๖๐

๖. ผู้จัดการเก็บข้อมูล : นายเดชาชิต แก้วม่วง โทร. ๐๖๔-๘๒๘-๒๘๓๙

๗. คำอธิบาย :

๑. Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม



๑) Smart Place/Infrastructure

โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

๒) Smart Tools

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่ม

ความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

๓) Smart Services

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กร ตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐ ผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. ๒๕๖๒ เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดย ราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลาการคอยรับบริการ การมี บริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อย อย่างเหมาะสม เป็นต้น

๔) Smart Outcome

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลาการคอยได้อย่างเหมาะสม

๕) Smart Hospital

โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถ เปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และ อนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

๑) Smart Place

๑.๑ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

๒) Smart Tools (อย่างน้อย ๒ ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

๒.๑ Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

๒.๒ Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด เช่น คิวพบแพทย์

๒.๓ Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

๓) Smart Services (อย่างน้อย ๔ ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

๓.๑ BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จาก ผู้รับบริการ

๓.๒ BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)

๓.๓ BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ)

๓.๔ BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด บริการ OPD

๓.๕ BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกัน้อยอย่างเหมาะสม

- รพ. ระดับ S 80%
- รพ. ระดับ F1, F2, F3 50%



เป้าหมาย	ปีงบประมาณ			
	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
๑) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Place Smart Tools และ Smart Services	ร้อยละ ๑๐๐	-	-	-
๒) หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานในระดับ Smart Outcome	-	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐

๘. สูตรการคำนวณ : -

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ๘ รายการจาก ๑๒ รายการ
๒	ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ๙ รายการจาก ๑๒ รายการ
๓	ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ๑๐ รายการจาก ๑๒ รายการ
๔	ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ๑๑ รายการจาก ๑๒ รายการ
๕	ผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ๑๒ รายการจาก ๑๒ รายการ

โดยที่ : โรงพยาบาลที่เป็น Smart Hospital ต้องผ่านเกณฑ์ ๙ ข้อ ๑๒ คะแนน ดังนี้

เกณฑ์ Smart Hospital		คะแนน
๑	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look	๒
	<input type="checkbox"/> a.โรงพยาบาลผ่าน Green and Clean ระดับมาตรฐานกรมอนามัย	
	<input type="checkbox"/> b.โรงพยาบาล Digital Look ต้องผ่านเกณฑ์ Smart Hospital ข้อ ๒ , ข้อ ๓ , ข้อ ๔ , ข้อ ๖ , ข้อ ๗	
๒	Queue : มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการและหน้าห้องตรวจ	๒
	<input type="checkbox"/> a.มีจอแสดงลำดับคิวรับบริการ เพื่อลดแออัดบริเวณจุดบริการ เช่น หน้าห้องจ่ายยา หน้าห้องเวชระเบียน	
	<input type="checkbox"/> b.มีจอแสดงลำดับคิวรับบริการในหน้าห้องตรวจอย่างน้อย ๑ จุดบริการ	
๓	Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด เช่น คิวพบแพทย์	๒
	<input type="checkbox"/> a.มีระบบคิวรับบริการแบบดิจิทัล อย่างน้อย ๑ จุดบริการ เช่นคิวจุดรอตรวจ/พบแพทย์	
	<input type="checkbox"/> b.มีระบบแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านช่องทางออนไลน์ หรือช่องทางอื่น เช่น Line App , Mobile App ,SMS	
๔	Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์เข้า สู่ HIS อัตโนมัติ	๑
	<input type="checkbox"/> a.มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์ เช่น เครื่อง Vital Sign , เครื่องชั่งน้ำหนักส่วนสูง,เครื่องตรวจคลื่นหัวใจ EKG หรืออุปกรณ์อื่นๆ	
๕	BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจาก ผู้รับบริการ อย่างน้อย ๑ จุดบริการ	๑
	<input type="checkbox"/> a.มีการใช้ระบบ Smart Health ID ในการให้บริการผู้ป่วยนอก	
๖	BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)	๑
	<input type="checkbox"/> a.มีการบันทึกข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยนอกในการตรวจรักษาที่ครบถ้วน ถูกต้องในระบบ HIS ของสถานบริการ	
๗	Less Paper : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์	๑
	<input type="checkbox"/> a.มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ในโปรแกรม HIS ทุกคลินิกในสถานบริการ	
๘	BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ	๑
	<input type="checkbox"/> a. มีข้อมูลระยะเวลาบริการแต่ละคลินิกผู้ป่วยนอกทุกคลินิก	
๙	BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลาหรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการได้รับบริการตรงเวลา หรือแตกต่างกันเล็กน้อยอย่างเหมาะสมอย่างน้อย ๑ จุดบริการ	๑
	<input type="checkbox"/> a.มีระบบนัดคิวออนไลน์ ที่สามารถนัดผู้ป่วยแบบเหลือมเวลาในการเข้ารับบริการที่สถานบริการ หรือ	

เกณฑ์ Smart Hospital		คะแนน
<input type="checkbox"/>	b.มีการนัดหมายผู้ป่วยที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ให้เข้ามารับบริการครั้งต่อไปแบบเหลื่อมเวลา	
คะแนนที่ได้		๑๒

๑๐. เจ็อนไข (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล : กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินนโยบาย Digital Transformation ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) ในแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) เพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการปฏิบัติงาน โดยนำเทคโนโลยีด้านดิจิทัล มาประยุกต์ใช้ร่วมกับระบบสารสนเทศเดิม แบบไร้รอยต่อ ลดเวลารอคอย ลดความซ้ำซ้อน สารสนเทศสุขภาพมีคุณภาพ รวดเร็วและปลอดภัย ในปี ๒๕๖๒ มุ่งเน้นให้มีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยกำหนดเป็นระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินนโยบาย Smart Hospital ต่อเนื่องโดยกำหนดนโยบายเร่งรัดของผู้บริหาร กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ในเรื่อง ลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล แผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ โครงการ Smart Hospital

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
การดำเนินการ Digital Transformation				
- มีระบบ Queue Service	แห่ง	N/A	N/A	๑๓
- ใช้ใบสั่งยา อิเล็กทรอนิกส์		N/A	N/A	๑๓
- มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records)		N/A	N/A	๑๓
- มีการเชื่อมต่อ HIS Gateway		N/A	N/A	๑๓

๑๓. แนวทางการประเมินผล

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
คะแนนระดับความสำเร็จการดำเนินงาน Smart Hospital	- รายงานผลการประเมินตัวเอง ไตรมาสละ ๑ ครั้งผ่าน Google Form - ประเมินผลที่หน่วยบริการ ตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ Smart Hospital ๑๒ คะแนน	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

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

และ แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒๑ : ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๑ : ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๒ : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๓ : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๔ : ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาล

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๕ : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๖ : คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล

๓. เป้าหมาย : ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs) ประกอบด้วย ตัวชี้วัดย่อย จำนวน ๖ ตัวชี้วัด ได้แก่

๒๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

๒๑.๒ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ อัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๒๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี

๒๑.๔ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพ

๒๑.๕ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ $eGFR < 5 \text{ ml/min/1.73m}^2/\text{yr}$

๒๑.๖ คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล

๔. หมายเหตุ : ๖

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา

โทร. ๐๙๔-๖๒๕๘๔๕๑

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจจะชารี

โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

นางสาวนิตยา โปกกลาง

โทร. ๐๘๗-๒๒๕๔๕๘๔

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๑ : ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดันโลหิตสูง

๑. เป้าหมาย : ๑. การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐
๒. การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐

๒. น้ำหนัก : ๐.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๘๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจจะชารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

๕. คำอธิบาย :

๑. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคส (FPG) หลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หรือโดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหารเวลาใดก็ได้ มีค่า ≥ 200 mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคส (FPG) หลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หรือโดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหารเวลาใดก็ได้ มีค่า ≥ 200 mg/dl แล้วได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ โดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน ๖ เดือน

๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง ๙๐-๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบัน

การได้รับการตรวจติดตาม หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนแล้ว

๖. สูตรการคำนวณ :

๑. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน : $(A/B) \times 100$

A = จำนวนประชากรเสี่ยงป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมาไกลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการในสถานบริการสาธารณสุข ภายในปัจุบัน (ทั้งนี้ควรตรวจติดตามภายใน ๓ - ๖ เดือน)

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน

๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง : $(C/D) \times 100$

C = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน*

D = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	๐.๒๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
๒. ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	๐.๒๕	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

๘. เงื่อนไข ๑. กลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน ตรวจติดตาม ๓-๖ เดือน

๒. กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงทำ Home BP ถัดจากวันสงสัยป่วยอย่างน้อย ๘ วัน และไม่เกิน ๑๒๐ วัน

๙. เหตุผล : เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน และเพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงมีความดันโลหิตสูงจริง

หมายเหตุ เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ในปี ๒๕๖๓ จึงไม่มีข้อมูลพื้นฐานในปีที่ผ่านมา

๑๐. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	-	-	-
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	-	-	-

๑๑. แนวทางการประเมินผล :

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

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๒ : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราประชากรกลุ่มสงสัยป่วย ความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

๑. เป้าหมาย : ๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๑.๙๕

๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

๒. ใช้น้ำหนัก : ๑.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๘๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจจะชารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

๕. คำอธิบาย :

๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๑.๙๕

๑.๑ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่มีค่าระดับ FBS ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl หรือค่าระดับ RPG ๑๔๐-๑๙๙ mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ

๑.๒ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

๒.๑ กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่มีค่าระดับความดันโลหิต $\geq ๑๔๐/๙๐$ mmHg ในเขตรับผิดชอบและรอการวินิจฉัยของแพทย์ ในปีงบประมาณ

๒.๒ การวัดความดันโลหิตที่บ้าน หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจความดันโลหิตซ้ำอีกครั้งที่บ้าน โดย อสม. หรือด้วยตนเอง (กรณีที่วัดความดันโลหิตเป็น) ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน* หลังจากรับบริการการคัดกรองที่โรงพยาบาลแล้ว

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

๒. ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณที่ผ่านมา

๖. สูตรการคำนวณ :

๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๑.๙๕ : $(A/B) \times ๑๐๐$

A = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในปีงบประมาณที่ผ่านมา

๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ : $(C/D) \times ๑๐๐$

C = จำนวนประชากรสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

D = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและ
สงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๗. เกณฑ์การให้คะแนน : ประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่

ตัวชี้วัด	หน่วย วัด	น้ำ หนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๑.๙๕	ร้อยละ	๑	๒.๙๕	๒.๔๕	๑.๙๕	๑.๔๕	๐.๙๕
๒. อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขต รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	ร้อยละ	๐.๕	๑๐	๒๕	๔๐	๕๕	๗๐

๘. เหตุผล : ๑. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

๒. เพื่อลดผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๕	ร้อยละ	๒.๘๘	๓.๐๕	๓.๐๖
๒. ความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงและสงสัย ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐	ร้อยละ	-	๕๐.๖๗	๗๙.๘๖

๑๐. แนวทางการประเมินผล :

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

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๓ : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี

๑. เป้าหมาย : ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับ ๓๐%
: ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับ ๕๐%

๒. ให้นำหนัก : ๑.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๘๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจจะชารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

๕. คำอธิบาย :

๑. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA_{1c} ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘

*หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่

๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I๒๐-I๒๕

๒. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I๕๐

๓. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I๖๐-I๖๙

๔. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔-๕

N๑๘.๔-N๑๘.๕

๕. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

(Type area ๑ และ ๓)

๒. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I๑๐-I๑๕

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน < ๑๔๐/๙๐ mmHg ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑

และ ๓)

๖. สูตรการคำนวณ :

๑. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี : $(A/B) \times 100$

A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย E๑๐ – E๑๔ ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑”, “๓”)

- ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “๙” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “๐๙๙” (สัญชาติไทย) และได้รับการตรวจ HbA๑c (LABFU.LABTEST = “๐๕๓๑๖๐๑”) ระดับ HbA๑c ครั้งสุดท้าย ใช้ข้อมูลจาก LABFU.LABRESULT

- HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ ในผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม

- HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘ ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม

B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย E๑๐ – E๑๔ ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑”, “๓”)

- ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) และ PERSON.DISCHARGE = “๙” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “๐๙๙” (สัญชาติไทย)

๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันได้ดี : $(C/D) \times 100$

A : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย I๑๐ – I๑๕ ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑”, “๓”)

- ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “๙” (ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION = “๐๙๙” (สัญชาติไทย) และมีค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน ใช้ข้อมูลจาก CHRONICFU (CHRONICFU.SBP BETWEEN ๕๐ and ๑๓๙ mmHg), (CHRONICFU.DBP BETWEEN ๕๐ and ๘๙ mmHg)

B : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย I๑๐ – I๑๕ ในเขตรับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑”, “๓”)

๗. เกณฑ์การให้คะแนน : ประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	๑	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐
๒. ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๐.๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

๘. เหตุผล :

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	๑๔.๑๗	๑๖.๐๗	๑๘.๕๐
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๔๔.๗๕	๕๓.๘๖	๕๔.๘๘

๑๐. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบ การประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๔ : ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมินคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาล

๑. เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐

๒. น้ำหนัก : ๐.๕

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๘๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวศิริพร สุจจะขารี โทร. ๐๙๓-๕๔๓๓๒๗๔

๕. คำอธิบาย :

โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพคลินิก NCD (PLUS) หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ (โรงพยาบาล) ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลรักษาจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรคกลุ่มที่เป็นโรค/ป่วยรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงสูงต่อ การดำเนินโรคสี่เป้าหมายหลัก ข้างต้น ลงทะเบียนดูแลใกล้ชิดรายบุคคล เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) โอกาสเสี่ยง (Attributed Risk) รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเองและส่งต่อการรักษาดูแล ที่จำเป็นระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการประกอบด้วย ๒ ส่วนการพัฒนา ดังนี้

ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ๖ องค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย

องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ

องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ

องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุน การจัดการตนเอง

องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ

องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน

ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus

๒.๑ ร้อยละของการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยเบาหวาน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๒.๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๒.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

๒.๔ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๒.๕ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI > ๒๕ กก./ตร.ม.] ลดลงจากงบประมาณที่ผ่านมา มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐

๒.๖ ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒

๒.๗ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕

๒.๘ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วย HT มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

๒.๙ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐

๒.๑๐ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการ หรือ ค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๒.๑๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk \geq ๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น $<$ ๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

๒.๑๒ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ ๕๐

สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง คลินิกโรคไม่ติดต่อของโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โดยมุ่งเน้น ๔ โรคเป้าหมายหลัก ได้แก่ เบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพฤกษ์ อัมพาต)

กลุ่มเป้าหมายผู้รับบริการ ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงสูง ในที่นี้ หมายถึง pre-DM pre-HT กลุ่มป่วยที่เป็นเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อน
หมายเหตุ เกณฑ์การประเมินตามคู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๒

กลุ่มเป้าหมาย

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

๖. สูตรการคำนวณ : การคิดคะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓ ประกอบด้วย ๒ ส่วน ได้แก่

๑. คะแนนประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ (๕๐ คะแนน)

องค์ประกอบที่ ๑ ทิศทาง และนโยบาย	๓๐ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๒ ระบบสารสนเทศ	๔๕ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๓ การปรับระบบ และกระบวนการบริการ	๖๐ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๔ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง	๔๐ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๕ ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ	๒๕ คะแนน
องค์ประกอบที่ ๖ การจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน	๕๐ คะแนน

$$\begin{aligned} \text{คะแนนประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพรวม} &= \frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้} \times ๕๐}{๒๕๐} \\ &= ๕๐ \text{ คะแนน} \end{aligned}$$

๒. ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)

ลำดับ	รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม
					๑	๒	๓	๔	๕	
๑	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ	≥๖๐	๕	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๒๕
๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL < ๑๐๐ mg/dl	ร้อยละ	≥๖๐	๔	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๒๐
๓	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	ร้อยละ	≥๔๐	๔	<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	≥๔๐	๒๐
๔	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีความดันโลหิตน้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ mmHg	ร้อยละ	≥๖๐	๔	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๒๐
๕	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะอ้วน [BMI ≥ ๒๕ กก./ตร.ม.] ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา	ร้อยละ	≥๑๐	๔	<๔	๔	๖	๘	≥๑๐	๒๐
๖	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน ในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	≤๒	๔	>๘	๘	๖	๔	≤๒	๒๐
๗	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง	ร้อยละ	≥๕	๔	<๒	๒	๓	๔	≥๕	๒๐
๘	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	≥๖๐	๕	<๔๕	๔๕	๕๐	๕๕	≥๖๐	๒๕
๙	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	≥๕๐	๔	<๓๕	๓๕	๔๐	๔๕	≥๕๐	๒๐

ลำดับ	รายการ	หน่วย	เกณฑ์	น้ำหนัก	คะแนน					คะแนนเต็ม
					๑	๒	๓	๔	๕	
๑๐	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	ร้อยละ	≥๘๐	๔	<๖๕	๖๕	๗๐	๗๕	≥๘๐	๒๐
๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ ๒๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น < ๒๐% ในไตรมาส ๓, ๔	ร้อยละ	≥๔๐	๔	<๒๕	๒๕	๓๐	๓๕	≥๔๐	๒๐
๑๒	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูง ที่เป็น CKD ๓-๔ ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย	ร้อยละ	≥๕๐	๔	<๓๕	๓๕	๔๐	๔๕	≥๕๐	๒๐
คะแนนรวม					๕๐					๒๕๐

$$\text{คะแนนผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้} \times ๕๐}{๒๕๐}$$

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)
ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus (๕๐ คะแนน)		<input type="checkbox"/> พื้นฐาน (๖๐ - ๖๙ คะแนน) <input type="checkbox"/> ต่ำกว่าพื้นฐาน (< ๖๐ คะแนน)

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การประเมิน NCD Clinic Plus ในโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงาน ในระดับดีมากขึ้นไป (คู่มือการดำเนินงานประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ปี ๒๕๖๓)	คะแนน	๐.๕	๖๐	๗๐	๘๐	๘๕	>๘๕

หมายเหตุ : ใช้เกณฑ์การให้คะแนนตามเกณฑ์การดำเนินงาน NCD Clinic Plus

๘. เหตุผล : โรคไม่ติดต่อเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต และเป็นภาระโรคอันดับหนึ่งของประเทศไทย จากรายงานภาระโรค และการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ.๒๕๕๖ พบว่า มีคนไทยเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อกว่า ๓ แสนคนต่อปี ส่วนใหญ่เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร โดยเสียชีวิตจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อกว่าร้อยละ ๗๕ ของการเสียชีวิตทั้งหมด (๓๔๙,๐๙๐ คน) ซึ่งพบว่าคนไทยเป็นโรคไม่ติดต่อ โดยเฉพาะโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงมากถึงประมาณ ๑๔ ล้านคน และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุส่วนใหญ่มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การกินหวาน มัน เค็ม กินผักผลไม้ไม่พอ การมีกิจกรรมทางกายน้อย ภาวะเครียด การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ มีภาวะอ้วน ระดับน้ำตาล และไขมันในเลือดเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ หากอาการของโรครุนแรงมากขึ้นอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงตามมา

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus	คะแนน	๕๓.๘๕		
- ระดับพื้นฐาน			-	
- ระดับดี		-	๗.๗๐	
- ระดับดีมาก			๖๑.๕๔	
- ระดับดีเด่น			๓๐.๗๖	

๑๐. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบกรประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
คณะกรรมการประเมินตามเกณฑ์การประเมินการดำเนินงาน NCD Clinic Plus - ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus ๖ องค์ประกอบ - ส่วนที่ ๒ ผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ NCD Clinic Plus คู่มือการประเมิน NCD Clinic Plus สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ http://www.thaincd.com/๒๐๑๖/news/hot-news-detail.php?id=๑๓๗๓๕&gid=๑๘	ฐานข้อมูล HDC	✓		

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๕ : ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒ /yr

๑. เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๖

๒. น้ำหนัก : ๑

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๘๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนิตยา โปกกลาง โทร. ๐๘๗-๒๒๕๔๕๘๔

๕. คำอธิบาย :

ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓ m^๒ /yr หมายถึง ร้อยละของผู้ป่วยที่มีผลค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และมีค่า eGFR ของผู้ป่วยที่มีการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๕

หมายเหตุ : ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น N๑๘๑, N๑๘๒, N๑๘๓, N๑๘๔, N๑๘๕, E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒, N๑๘๓, I๑๒๐, I๑๒๙, I๑๓๐, I๑๓๑, I๑๓๒, I๑๓๙, I๑๕๑, N๑๒๑, N๑๒๒, N๑๒๓, N๑๒๔, N๑๒๕, N๑๒๖, N๑๒๗, N๑๒๘, N๑๒๙, N๑๓๑, N๑๓๒, N๑๓๓, N๑๓๔, N๑๓๕, N๑๓๖, N๑๓๗, N๑๓๘, N๑๓๙, N๑๔๑, N๑๔๒, N๑๔๓, N๑๔๔, N๑๔๕, N๑๔๖, N๑๔๗, N๑๔๘, N๑๔๙, N๑๕๑, N๑๕๒, N๑๕๓, N๑๕๔, N๑๕๕, N๑๕๖, N๑๕๗, N๑๕๘, N๑๕๙, N๑๖๑, N๑๖๒, N๑๖๓, N๑๖๔, N๑๖๕, N๑๖๖, N๑๖๗, N๑๖๘, N๑๖๙, N๑๗๑, N๑๗๒, N๑๗๓, N๑๗๔, N๑๗๕, N๑๗๖, N๑๗๗, N๑๗๘, N๑๗๙, N๑๘๑, N๑๘๒, N๑๘๓, N๑๘๔, N๑๘๕, N๑๘๖, N๑๘๗, N๑๘๘, N๑๘๙, N๑๑๐, N๑๑๑, N๑๑๘, N๑๑๙, N๑๒, N๑๓๐, N๑๓๑, N๑๓๒, N๑๓๓, N๑๓๔, N๑๓๕, N๑๓๖, N๑๓๗, N๑๓๘, N๑๓๙, N๑๔๐, N๑๔๑, N๑๔๒, N๑๔๓, N๑๔๔, N๑๒๐๐, N๑๒๐๑, N๑๒๐๒, N๑๒๐๓, N๑๒๐๔, N๑๒๐๕, N๑๒๐๖, N๑๒๐๗, N๑๒๐๘, N๑๒๐๙, N๑๒๑๐, N๑๒๑๑, N๑๒๑๒, N๑๒๑๓, N๑๒๑๔, N๑๒๑๕, N๑๒๑๖, N๑๒๑๗, N๑๒๑๘, N๑๒๑๙, N๑๒๒๐, Q๑๒๑, Q๑๒๒, Q๑๒๓, Q๑๒๔, Q๑๒๕, Q๑๒๖

ที่มีค่า ๖๐ < eGFR ≥ ๑๕

๖. สูตรการคำนวณ : (A/B) × ๑๐๐

A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๕

B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ

๗. เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑๐ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๔๖	๕๖	๖๖	๗๖	๘๖

๘. **เงื่อนไข** : การตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน

๙. **เหตุผล** : เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆ มาตรการรวมกัน

๑๐. **รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน** :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	ร้อยละ	๕๘.๗๘	๖๔.๒๐	๖๐.๑๒

๑๑. **แนวทางการประเมินผล** :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
อัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๒m ^๒ /yr	ฐานข้อมูล HDC	✓		

หมายเหตุ : ตัวชี้วัดมีการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขและวิธีการประเมินแบบใหม่

ตัวชี้วัดที่ ๒๑.๖ : คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล

๑. เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๕

๒. น้ำหนัก : ๑

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๘๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนิตยา โปกกลาง โทร. ๐๘๗-๒๒๕๔๕๘๔

๕. คำอธิบาย :

คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ครบทุกระยะ และเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ 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 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

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

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

๕. ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD ๓-๔ ที่ชะลอการลดลงของ eGFR ได้ตามเป้าหมาย

ร้อยละความสำเร็จ หมายถึง ความสำเร็จในการดำเนินงาน CKD Clinic ในทุกโรงพยาบาล โดยมีการดำเนินงานทั้ง ๒ ส่วนประกอบรวมกัน ต้องมีคะแนนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๕

๖. สูตรการคำนวณ : การประเมินเชิงคุณภาพของการทำงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ (อ้างอิงจากเกณฑ์ คลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข)

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

รายละเอียด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
คะแนนความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	ร้อยละ	๑	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕

ส่วนที่ ๑ การประเมินกระบวนการจัดบริการ (๕๐ คะแนน)

องค์ประกอบ	กิจกรรม	คะแนน (ร้อยละ)
๑	ทิศทางและนโยบาย ๑.๑ ทิศทาง/นโยบาย/เป้าประสงค์รวมถึงการสื่อสารทิศทางนโยบาย เป้าประสงค์ ในการดำเนินงาน คลินิกชะลอไตเสื่อม ไปยังผู้มีส่วนร่วม/หน่วยงาน ทุกระดับ 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 และสามารถนำมาใช้ได้อย่างทันถ่วงที ๒.๒ ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงเพื่อการให้บริการต่อเนื่องในเครือข่าย และสามารถเชื่อมโยงกับ 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 การปรับปรุงบริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม ๓.๓ การให้ความรู้ที่จำเป็นต่อผู้ป่วย เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓.๔ ผู้ประสานงาน System Manager ร่วมกับทีมสหสาขา ๓.๕ ทีมสหสาขาในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรังของคลินิกชะลอไตเสื่อม ๓.๖ เครือข่ายร่วมดูแล ร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยไตเรื้อรัง ๓.๗ ระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน Home health care ๓.๘ การประเมินติดตาม ความพึงพอใจของ ผู้รับบริการ คลินิกชะลอไตเสื่อม และวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงพัฒนา	๑๖ (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐)
๔	ระบบการสนับสนุนการจัดการตนเอง ๔.๑ การจัดบริการเพื่อส่งเสริมทักษะในการจัดการตนเองที่เหมาะสมร่วมกับทีมสหสาขา ๔.๒ กระบวนการสื่อสารเพื่อคืนและแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลและการจัดการตนเองของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล ๔.๓ การสนับสนุนการจัดการตนเองร่วมกันกับภาคีสังคม ๔.๔ สื่อและ/หรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการจัดการตนเองของผู้รับบริการ	๘ (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐) (๒.๐)

องค์ประกอบ	กิจกรรม	คะแนน (ร้อยละ)
๕	ระบบการสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการ	๘
	๕.๑ แนวทางปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่จัดทำขึ้นตามแนวทางปฏิบัติระดับประเทศ	(๔.๐)
๖	๕.๒ ระบบการประสานงานให้คำปรึกษาหารือระหว่างผู้จัดการระบบ ทีมผู้จัดการระบบ กับผู้ให้บริการในคลินิก รวมทั้งเครือข่ายของสถานบริการสาธารณสุข	(๔.๐)
	การจัดการความเสี่ยงและสภาพแวดล้อมในชุมชน	๔
๖	๖.๑ การจัดบริการในการเสริมทักษะในการลดเสี่ยงโรคให้แก่ชุมชน (เช่น การลดเค็มการใช้ยา NSAIDs และการใช้ยาแผนโบราณที่เหมาะสม)	(๒.๐)
	๖.๒ สนับสนุนนโยบายแผนการดำเนินงานที่เอื้อต่อการปรับสภาพแวดล้อมของชุมชน	(๒.๐)

ส่วนที่ ๒ การประเมินคุณภาพ วัดจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด จำนวน ๕ ตัวชี้วัดโดยใช้แหล่งข้อมูล 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
ร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วย CKD ๑-๔ และเป็น DM ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	๒๐	๔
	๒๕	๕
	๓๐	๖
	๓๕	๗
	๔๐	๘

ตัวชี้วัด	ระดับผลงาน	ระดับคะแนนตามผลงาน
	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
๒๐		๒
๒๕		๓
๓๐		๔
๓๕		๕
๔๐		๖
๔๕		๗
๕๐		๘
๕๕		๙
๖๐		๑๐
ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD ๓-๔ ที่ชะลอการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓ m ^๒ /yr	๔๗.๕	๑
	๕๐	๒
	๕๒.๕	๓
	๕๕	๔
	๕๗.๕	๕
	๖๐	๖
ร้อยละ ๖๖ ของผู้ป่วย CKD ๓-๔ ที่ชะลอการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓ m ^๒ /yr	๖๒.๕	๗
	๖๕	๘
	๖๗.๕	๙
	๗๐	๑๐

๘. เหตุผล : เพื่อการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน ถือเป็นการพัฒนา
งานเพื่อชะลอและลดจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังได้

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละความสำเร็จในการดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพในโรงพยาบาล	ร้อยละ	N/A	๖๙.๙๓	๗๗.๔๑

๑๐. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. การประเมินกระบวนการจัดบริการ	หลักฐานเชิงประจักษ์ตามองค์ประกอบของคู่มือการประเมินเชิงคุณภาพของงานดำเนินงานคลินิกชะลอไตเสื่อมคุณภาพ	✓		
๒. วัดจากผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ฐานข้อมูล HDC	✓	✓	✓

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒๒ : ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community - acquired

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๑ : อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๒ : อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๓ : อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๔ : อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)

๓. เป้าหมาย : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล < ร้อยละ ๓๐ ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis

๒๒.๑ อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA score, SOS score หรือ Early warning score (ร้อยละ ๑๐๐)

๒๒.๒ อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย) (ร้อยละ ๑๐๐)

๒๒.๓ อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic (ร้อยละ ๑๐๐)

๒๒.๔ อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม) (ร้อยละ ๑๐๐)

๔. น้ำหนัก : ๔

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรพรรณ คุณสกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

๗. 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 หรือorgan 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 การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป 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

คำนิยามศัพท์ประกอบการประเมินผล

คำนิยามที่ ๑ SIRS (systemic inflammatory response syndrome) หมายถึง

๑. Temperature $> 38^{\circ}\text{C}$ or $< 36^{\circ}\text{C}$
๒. Heart rate > 90 beats/min
๓. Respiratory rate > 20 /min หรือ PaCO_2 ≥ 32 mmHg
๔. WBC $> 12,000$ mm³, $< 4,000$ /mmmm³, หรือมี band form $> 10\%$

คำนิยามที่ ๒ Tissue hypo perfusion หรือ organ dysfunction หมายถึง

๑. มีภาวะ Hypotension
๒. ค่า blood lactate level > 2 mmol/L (๑๘ mg/dL)
๓. Urine output < 0.5 L/kg/hr เป็นระยะเวลามากกว่า ๒ ชม. แม้ว่าจะได้รับสารน้ำเพียงพอ
๔. Acute lung injury ที่มี $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 250$ โดยไม่มีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ
๕. Acute lung injury ที่มี $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ โดยไม่มีภาวะ Pneumonia เป็นสาเหตุ
๖. Creatinine > 2.0 mg/dL (๑๗๖.๘ $\mu\text{mol/L}$)
๗. Bilirubin > 2 mg/dL (๓๔.๒ $\mu\text{mol/L}$)
๘. Platelet count $< 100,000$ μL
๙. Coagulopathy (international normalized ratio ≥ 1.5 หรือ aPTT > 60 วินาที)

คำนิยามที่ ๓ qSOFA (auick SOFA) score ในการประเมิน ได้แก่

๑. alteration in mental status (อาจใช้ Gasgow Coma Scale score น้อยกว่า ๑๕ ก็ได้)
๒. systolic blood pressure ≤ 100 mmHg
๓. respiratory rate ≥ 22 /min

คำนิยามที่ ๔ SOS score (search out severity)

Score	๓	๒	๑	๐	๑	๒	๓
อุณหภูมิ (ไข้)		≤ ๓๕	๓๕.๑-๓๖	๓๖.๑-๓๘	๓๘.๑-๓๘.๕	≥ ๓๘.๕	
ความดันโลหิต (ค่าบน)	≤ ๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐	๑๐๑-๑๘๐	๑๘๑-๑๙๙	≥ ๒๐๐	ให้ยากระตุ้นความดันโลหิต
ชีพจร	≤ ๔๐		๔๑-๕๐	๕๑-๑๐๐	๑๐๑-๑๒๐	๑๒๑-๑๓๙	≥ ๑๔๐
หายใจ	≤ ๘	ใส่เครื่องช่วยหายใจ		๙-๒๐	๒๑-๒๕	๒๖-๓๕	≥ ๓๕
ความรู้สึกตัว			สับสน กระสับกระส่าย ที่เพิ่งเกิดขึ้น	ตื่นตี พุดคุยรู้เรื่อง	ซึมแต่เรียกแล้วลืม ตาสลึมสลือ	ซึมมาก ต้องกระตุ้น จึงจะลืมตา	ไม่รู้สีกตัว แม้จะกระตุ้นแล้วก็ตาม
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			

๘. สูตรการคำนวณ :

๑. อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic หมายถึง การเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic

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)

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

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

๙. 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	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๒	อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	๑.๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๓	อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic	๑.๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
๔	อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	๐.๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

๑๐. เจ็อนไซ (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล : เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
อัตราการใช้เครื่องมือในการคัดกรองการติดเชื้อในกระแสเลือด (Sepsis screening tools) ได้แก่ qSOFA	ร้อยละ	NA	๙๐	๑๐๐
อัตราการได้รับ Antibiotic ภายใน ๑ ชั่วโมง (นับจากเวลาได้รับการวินิจฉัย)	ร้อยละ	๙๐.๑	๙๔.๗	๙๖.๙๔
อัตราการเจาะ Hemoculture ก่อนให้ Antibiotic	ร้อยละ	๙๒.๙๘	๙๑.๓๘	๙๑.๘๕
อัตราการได้รับ IV ๓๐ ml/kg (๑.๕ ลิตร สำหรับผู้ใหญ่) ใน ๑ ชั่วโมงแรก (ในกรณีไม่มีข้อห้าม)	ร้อยละ	๙๑.๑	๘๙.๔	๙๑.๒๔

๑๓. 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	เอกสารแสดงผล checklist ในการคัดกรอง	✓		
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)	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒๓ : ความสำเร็จของการบำบัด รักษา ผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัดที่ ๒๓.๑ : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)

ตัวชี้วัดที่ ๒๓.๒ : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

๓. เป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐

๔. หน้าที่ : ๓

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๙๔๕๑

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาภรณ์ ภูมิ โทร. ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙

ตัวชี้วัดที่ ๒๓.๑ : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)

๑. เป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐

๒. หน้าที่ : ๒

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕๙๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาภรณ์ ภูมิ โทร. ๐๘๘-๓๑๓๘๑๑๙

๕. คำอธิบาย :

ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรง ที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ.V๒ จำแนกเป็น

- ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน ๒-๓
- ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน ๔-๖
- ผู้ติดยาเสพติด (Dependence) คะแนน ๖-๗ ขึ้นไป

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในทุกระบบ ทั้งระบบสมัครใจบำบัด บังคับบำบัด และต้องโทษบำบัด และรายงานผลการบำบัดในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)

บำบัดครบตามเกณฑ์ หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติด ที่เข้ารับการบำบัดตามโปรแกรมบำบัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้ง Matrix Program และ ค่าปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม จนสิ้นสุดกระบวนการบำบัด

๖. สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 100$

A : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย ๔ ครั้งเป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการ

B : จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ จากหน่วยบริการ ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)

๗. เกณฑ์การให้คะแนน : โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

รายละเอียด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)	ร้อยละ	๒	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐

๘. เงื่อนไข : ต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ กรณีมีรายละเอียดของข้อมูลแต่ละข้อไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็จะต้องตัดคะแนนในแต่ละข้อ เช่นคะแนนเต็ม ๒ คะแนน แต่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ครึ่งเดียวก็จะได้คะแนน เท่ากับ ๑ คะแนน ในข้อนั้น

๙. เหตุผล : เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

๑๐. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์กำหนดและได้รับการติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)	๕๐	๓๘.๖๐	๓๖.๔๓	๖๖.๔๒

*** ตามเกณฑ์แนวทางการประเมินของ ปี ๒๕๖๒

๑๑. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ
		อำเภอ
มีการลงบันทึกข้อมูลระบบบำบัดจำหน่ายและติดตามครบตามจำนวนผู้รับการบำบัดและบำบัดครบตามเกณฑ์ ตามรายงาน บสต. บันทึกการติดตามอย่างน้อย ๔ ครั้งใน ๑ ปี	ดูการบันทึกข้อมูลผลการบำบัด จำหน่าย และติดตาม ในรายงาน บสต.	✓

ตัวชี้วัดที่ ๒๓.๒ : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง

๑. เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐

๒. น้ำหนัก : ๑

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางเอมอร สุทธิสา โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาภรณ์ ภูมิ โทร. ๐๘๘-๓๑๓-๘๑๑๙

๕. คำอธิบาย :

ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย ๑ ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

๑. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะเสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

๒. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

๓. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น

๔. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิต ต่อร่างกาย และเกี่ยวกับเพศ)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง

๖. สูตรการคำนวณ: $(A/B) \times 100$

A : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง ได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย ๔ ครั้ง เป็นระยะเวลา ๑ ปี หลังจำหน่ายจากหน่วยบริการ

B : จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน การบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จากหน่วยบริการ ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจากเป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)

๗. เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๑๐ ต่อ ๑ คะแนนโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

รายละเอียด	หน่วยวัด	น้ำหนัก	คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ	๑	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐

๘. เงื่อนไข : ต้องมีคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ กรณีมีรายละเอียดของข้อมูลแต่ละข้อไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็จะถูกตัดคะแนนในแต่ละข้อ เช่น คะแนนเต็ม ๒ คะแนน แต่มีข้อมูลเชิงประจักษ์ครั้ง เดียวก็จะได้คะแนน เท่ากับ ๑ คะแนน ในข้อนั้น

๙. เหตุผล : เพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดมีประสิทธิภาพ และมีประสิทธิผลตามเป้าหมายที่กำหนด

๑๐. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความ รุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตาม ดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ	-	-	-

*หมายเหตุ : ยังไม่มีรายละเอียดข้อมูลพื้นฐานเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดกำหนดใหม่ในปี ๒๕๖๓

๑๑. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบ การประเมิน	ประเมินระดับ
		อำเภอ
มีการลงบันทึกข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยง ก่อความรุนแรง ในฐานข้อมูล บสต.ของประเทศ ในระบบบำบัดจำหน่ายและติดตามครบตาม จำนวนผู้รับการบำบัดและบำบัดครบตามเกณฑ์ ตามรายงาน บสต. บันทึกการติดตามอย่างน้อย ๔ ครั้งใน ๑ ปี	ดูการบันทึกข้อมูลผลการ บำบัด จำหน่าย และติดตาม ในรายงาน บสต.	✓

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒๔ : ความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๑ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๒ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

๓. เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

๔. หน้าที่ : ๓

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี โทร. ๐๘๖-๒๓๔-๖๓๓๕

นางพชรวรรณ คุสกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางเกษศิริรินทร์ ไชยลาภ โทร. ๐๘๑-๙๖๔-๗๘๗๙

นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

ตัวชี้วัดที่ ๒๔.๑ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

๑. เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

๒. หน้าที่ : ๓

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี โทร. ๐๘๖-๒๓๔-๖๓๓๕

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางเกษศิริรินทร์ ไชยลาภ โทร. ๐๘๑-๙๖๔-๗๘๗๙

๕. คำอธิบาย :

อำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังคัดกรองป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ๕ มาตรการ ได้แก่

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

มาตรการที่ ๒ การควบคุมป้องกัน หมายถึง มีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกรายที่ติดโรค

มาตรการที่ ๓ การรักษาพยาบาล หมายถึง มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป และมีผลการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดีดำเนินการส่งต่อเพื่อรักษา 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

๖. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	น้ำ หนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี	คะแนน	๒	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐

โดยที่ : กำหนดเป็นคะแนนความสำเร็จ ๕ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ลำดับ	เกณฑ์การให้คะแนน																			
๑	<p>การจัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานที่เกี่ยวข้อง มีการจัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และมีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (๒๐ คะแนน) ดังนี้</p> <p>๑.๑ มีคำสั่งฯ ระดับอำเภอ ได้ ๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p> <p>๑.๒ มีคำสั่งฯ ระดับตำบล ได้ ๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p> <p>๑.๓ มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน ได้ ๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p> <p>๑.๔ มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรคฯ ได้ ๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p>																			
๒	<p>มีการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย โดยใช้แบบคัดกรองความเสี่ยงและมีการตรวจอุจจาระโดยวิธี Modified Kato-katz และมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort ครบถ้วนและสมบูรณ์ เป้าหมายตำบลละ ๙๐๕ ราย (๒๐ คะแนน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</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>ร้อยละของการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๙๒</td> <td>๙๔</td> <td>๙๖</td> <td>๙๘</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละของการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย	ร้อยละ	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด			เกณฑ์การให้คะแนน																
		๑	๒	๓	๔	๕														
ร้อยละของการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย	ร้อยละ	๙๒	๙๔	๙๖	๙๘	๑๐๐														

ลำดับ	เกณฑ์การให้คะแนน																			
	หมายเหตุ : โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ผลการประเมินกับคะแนนทั้งหมด ซึ่ง ๕ คะแนน = คะแนนทั้งหมดที่กำหนด																			
๓	<p>โรงเรียนในพื้นที่เป้าหมายมีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี โดยบูรณาการกับหลักสูตรแกนกลางของกระทรวงศึกษาธิการได้แก่ คู่มือ/หลักสูตรการเรียนการสอน เรื่องพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี มีแผนการเรียนการสอน และมีโครงการที่เกี่ยวข้อง (๒๐ คะแนน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</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>ร้อยละของโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมายมีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๖๐</td> <td>๗๐</td> <td>๘๐</td> <td>๙๐</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ : โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ผลการประเมินกับคะแนนทั้งหมด ซึ่ง ๕ คะแนน = คะแนนทั้งหมดที่กำหนด</p>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละของโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมายมีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
ตัวชี้วัด	หน่วยวัด			เกณฑ์การให้คะแนน																
		๑	๒	๓	๔	๕														
ร้อยละของโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมายมีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐														
๔	<p>อปท.ในพื้นที่เป้าหมายมีการดำเนินงานในการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ (๒๐ คะแนน) ดังนี้</p> <p>๔.๑ มีบ่อบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ ได้ ๑๐ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p> <p>๔.๒ มีการออกและใช้ข้อบังคับจัดการสิ่งปฏิกูล ได้ ๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p> <p>๔.๓ ส่งเสริมการใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องและมีการติดตามควบคุมกำกับผู้ประกอบการฯ ในการกำจัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะ ได้ ๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p>																			
๕	<p>มีการสื่อสารสาธารณะโดยการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดีแก่ประชาชน และการรณรงค์ สร้างกระแสprungเมนูปลาสดพยาธิ (๒๐ คะแนน)</p> <p>๕.๑ มีการสื่อสารสาธารณะ เช่น ออกเสียงตามสาย/หอกระจายข่าว/การจัดนิทรรศการ/ป้ายประชาสัมพันธ์ ได้ ๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p> <p>๕.๒ มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยเฉพาะผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ดับครอบครัว ร้อยละ ๑๐๐ ได้ ๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p> <p>๕.๓ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ดับและมะเร็งท่อน้ำดี มากกว่าร้อยละ ๘๐ ได้ ๕ คะแนน</p> <p>๕.๔ ประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ได้ ๕ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน</p>																			
	รวม ๑๐๐ คะแนน																			

๗. เงื่อนไข : เกณฑ์การประเมินสำหรับพื้นที่ดำเนินงาน ปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ตำบล โดยอำเภอที่มีพื้นที่ดำเนินการมากกว่า ๑ ตำบล จะทำการสุ่มประเมิน อำเภอละ ๑ ตำบล

๘. เหตุผล : กำหนดตัวชี้วัดแบบผสมผสานโดยวัดทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	NA	๘๐	๘๐

๑๐. แนวทางการประเมินผล : อำเภอดำเนินการคัดเลือกตัวแทนตำบลเพื่อรับการประเมินจำนวน ๑ ตำบล

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 ๒๔.๒ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

๑. เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐

๒. หน้าที่ : ๑

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางพชรพรรณ คุณสกุลรัตน์ โทร. ๐๘๙-๙๔๔-๒๕๑๐

๗. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศิริมา วิริยะ โทร. ๐๘๓-๔๕๖-๓๐๘๘

นางสาวเพราพนิต สอนสิทธิ์ โทร. ๐๖๒-๖๔๕-๖๕๔๑

๕. คำอธิบาย :

อำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง อำเภอที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวัง คัดกรอง ป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี

ตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานเฝ้าระวังคัดกรองป้องกันเพื่อแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งท่อน้ำดี ๕ มาตรการ ได้แก่

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

มาตรการที่ ๒ การควบคุมป้องกัน หมายถึง มีกิจกรรมการคัดกรองพยาธิใบไม้ตับ ในประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป โดยการตรวจอุจจาระ รักษา และดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกรายที่ติดโรค

มาตรการที่ ๓ การรักษาพยาบาล หมายถึง มีการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป และมีผลการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ด้วยวิธีอัลตราซาวด์ หากสงสัยมะเร็งท่อน้ำดีดำเนินการส่งต่อเพื่อรักษา ตรวจ CT หรือ MRI ต่อไป

มาตรการที่ ๔ การดูแลรักษา หมายถึง การผ่าตัดหรือรักษาแบบประคับประคองผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งท่อน้ำดี และให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย

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

๖. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	๑	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐

โดยที่ ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาผู้ป่วยและคัดกรองโดยใช้วิธีการตรวจอัลตราซาวด์และการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																			
<p>๑. การวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดทำแผนงานโครงการ</p> <p>๑.๑ วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยวิธีอัลตราซาวด์และผลการดำเนินงานจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ผ่านมาพร้อมปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา (๕ คะแนน)</p> <p>๑.๒ จัดทำแผนงานโครงการเพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (๕ คะแนน)</p> <p>- ไม่มีการวิเคราะห์และจัดทำแผนงาน/โครงการสนับสนุนฯ (๐ คะแนน)</p>	๑๐																			
<p>๒. การจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>๒.๑ สนับสนุนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะท้ายในชุมชน (๕ คะแนน)</p> <p>๒.๒ ส่งเสริมให้มีการจัดระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมหมอครอบครัวเป็นแกนนำในการสนับสนุน (๕ คะแนน)</p> <p>- ไม่มีการจัดระบบการส่งต่อและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี (๐ คะแนน)</p>	๑๐																			
<p>๓. การจัดการบริการคัดกรองค้นหาด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์</p> <p>๓.๑ มีกิจกรรมการคัดกรองค้นหาด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ในประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มีผลการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ โดยใช้ใบยินยอมสมัครเข้าร่วมโครงการที่กำหนด (๔๐ คะแนน)</p> <table border="1" data-bbox="224 1606 1295 1801"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</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>ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์ : เป้าหมาย</td> <td>ร้อยละ</td> <td>๘๐</td> <td>๘๕</td> <td>๙๐</td> <td>๙๕</td> <td>๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน					๑	๒	๓	๔	๕	ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์ : เป้าหมาย	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๔๐
ตัวชี้วัด			หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน																
	๑	๒		๓	๔	๕														
ผลงานการตรวจคัดกรองอัลตราซาวด์ : เป้าหมาย	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐														
<p>หมายเหตุ : โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ผลการประเมินกับคะแนนทั้งหมด ซึ่ง ๕ คะแนน = คะแนนทั้งหมดที่กำหนด</p>																				

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
<p>๔. การดูแลต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่อ่อนแอ</p> <p>๔.๑ มีการดำเนินงานส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันและรับการรักษา จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอบรรณและครอบครัวและการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่อ่อนแอ ได้ ๒๐ คะแนน</p> <p>๔.๑.๑ ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา เป้าหมาย ๙๐% = ๒๐ คะแนน</p> <p>๔.๑.๒ ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา/เป้าหมาย ๘๐% = ๑๕ คะแนน</p> <p>๔.๑.๓ ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา/เป้าหมาย ๗๐% = ๑๐ คะแนน</p> <p>๔.๑.๔ ผลงานการส่งต่อตรวจ CTและรับการรักษา/เป้าหมาย น้อยกว่า ๖๐% = ๕ คะแนน</p> <p>๔.๒ มีทีม “หมอบรรณ (Family care team) จัดกิจกรรมการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำแก่กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่อ่อนแอในระยะท้ายในชุมชนได้ ๒๐ คะแนน</p> <p>๔.๒.๑ ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่อ่อนแอ/เป้าหมาย ๙๐% = ๒๐ คะแนน</p> <p>๔.๒.๒ ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่อ่อนแอ/เป้าหมาย ๘๐% = ๑๕ คะแนน</p> <p>๔.๒.๓ ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่อ่อนแอ/เป้าหมาย ๗๐% = ๑๐ คะแนน</p> <p>๔.๒.๔ ผลงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่อ่อนแอ/เป้าหมาย น้อยกว่า ๖๐% = ๕ คะแนน</p>	๔๐
รวมคะแนน	๑๐๐

๗. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของอำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่อ่อนแอ	ร้อยละ	๘๖.๗๔	๙๗.๑๕	๑๒๓.๒๒

๘. แนวทางการประเมินผล : ด้านการจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้วิธีการตรวจอัลตราซาวด์และดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
<p>๑. การวิเคราะห์สถานการณ์และการจัดทำแผนงานโครงการ</p> <p>๑.๑ วิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีโดยวิธีอัลตราซาวด์ และผลการดำเนินงานจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ผ่านมาพร้อมปัญหา อุปสรรค และแนวทางแก้ไขปัญหา</p> <p>๑.๒ จัดทำแผนงาน/โครงการเพื่อสนับสนุนการจัดระบบบริการผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>๒. การจัดการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี</p> <p>๒.๒ ส่งเสริมให้มีการจัดระบบการส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้าน โดยทีมหมอครอบครัวเป็นแกนนำในการสนับสนุน</p>	<p>- สรุปรายงานผลการดำเนินงานวิเคราะห์สถานการณ์การเข้าถึงบริการและการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี พร้อมข้อเสนอแนะ</p> <p>- แผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้อง</p> <p>- สรุปรายงานการประชุม</p> <p>- ภาพถ่ายกิจกรรม คู่มือ/แนวทางการดูแลผู้ป่วย-สรุปรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย/การส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา</p> <p>- รายงานผลการตรวจ CT</p> <p>- ภาพถ่ายกิจกรรม</p>	✓		
<p>๓. การจัดการบริการคัดกรองค้นหาด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์</p> <p>๓.๑ มีกิจกรรมการคัดกรองค้นหาด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้ใบยินยอมสมัครเข้าร่วมโครงการที่กำหนด ครบตามจำนวนเป้าหมาย</p> <p>๓.๒ การลงทะเบียนคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งท่อน้ำดีเพื่อเข้าสู่การคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีด้วยอัลตราซาวด์ครอบคลุมทุกรายและ มีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม Isan cohort ครอบคลุม ครบถ้วนสมบูรณ์</p>	<p>- ทะเบียนประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ประชาชนอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป และมีผลการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิไปไม้ดับ ที่ได้รับการคัดกรองตามตำบลเป้าหมาย ปี ๒๕๖๓</p> <p>- รายงานการคัดกรองอัลตราซาวด์</p> <p>- ภาพถ่ายกิจกรรมการดำเนินงาน</p>	✓		

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
<p>๔. การดูแลต่อเนื่องและการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี</p> <p>สนับสนุนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีในระยะท้ายในชุมชน มีการดำเนินงานส่งต่อเพื่อตรวจยืนยันและรับการรักษา จัดระบบการติดตามเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี</p> <p>๔.๑ มีการดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมหมอครอบครัวและการดูแลต่อเนื่องในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดี</p> <p>๔.๒ ทีม “หมอครอบครัว (Family care team) จัดกิจกรรมการดูแลติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำ แก่กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยมะเร็งเรื้อรังที่น้ำดีในชุมชน</p>	<ul style="list-style-type: none"> - มีแผนงาน/โครงการดูแลต่อเนื่อง/การติดตามเยี่ยมบ้าน/การดูแลตามแนวทางปฏิบัติของ Palliative Care - ทะเบียนผลงานเยี่ยมบ้านของทีมหมอครอบครัว - ทะเบียนการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจ CT และส่งต่อเพื่อรับการรักษา - สรุปผลการดำเนินงานตามโครงการ - ภาพถ่ายกิจกรรมการดำเนินงาน 	✓		

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๒ : ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒๕ : ความสำเร็จของการพัฒนาเมืองสมุนไพร

๓. เป้าหมาย : ระดับ ๕

๔. หน้าที่ : ๔

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายบวร จอมพรรษา

โทร. ๐๘๔-๒๓๘-๐๐๐๗

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวรัตนพร เสนาลาด

โทร. ๐๙๒ -๔๔๒-๓๖๕๔

นายสุรียา ชันทชาติ

โทร. ๐๙๘-๑๙๖-๕๗๙๑

๗. คำอธิบาย :

เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติ ว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพร ให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจร ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง ทั้งการปลูกสมุนไพร การแปรรูป และการทำเป็นผลิตภัณฑ์ที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้หลากหลาย สร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจและสร้างการเติบโตของชุมชนอย่างยั่งยืน ทั้งนี้อาศัยกลไกของภาครัฐและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนงานพัฒนาเมืองสมุนไพร (Herbal city) โดยมีแนวทางการดำเนินงานภายใต้ ๔ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อน พื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน

มาตรการที่ ๒ พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร

มาตรการที่ ๓ ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด

มาตรการที่ ๔ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ

ฐานข้อมูลสมุนไพร หมายถึง ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมการปลูก การผลิต การแปรรูป และการขายสมุนไพร

มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง มูลค่ารวมของยาสมุนไพรที่มีการสั่งจ่ายในหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง กิจการสปาและกิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงามตามพรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙

สถานบริการสุขภาพ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน (รพ.สส.พท.)

การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในอำเภอ หมายถึง การผลิตยาสมุนไพร หรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรในโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการเพื่อใช้ในเครือข่ายและหน่วยบริการ รวมทั้งการสนับสนุนวิสาหกิจชุมชน หรือกลุ่มเกษตรกรแปรรูปสมุนไพรเป็นผลิตภัณฑ์สมุนไพรใช้ในชุมชนหรือจำหน่ายทั่วไป

๘. สูตรการคำนวณ :-

๙. เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	จำนวนพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่ได้รับรอง GAP/Organic เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ ไร่/อำเภอ
๒	๒.๑ มีแผนความต้องการใช้ยาสมุนไพรและปริมาณการใช้จริงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ๒.๒ ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น
๓	มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในอำเภอ อย่างน้อย ๑ ผลิตภัณฑ์
๔	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ค่าเฉลี่ยระดับอำเภอ) เพิ่มขึ้น
๕	มีจำนวนผลงานวิจัยสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก ๕.๑ งานวิจัยเชิงคลินิก ๑ เรื่อง ๕.๒ งานนวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดี ๕ เรื่อง

แนวทางการให้คะแนน

ข้อ ๑. จำนวนพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่ได้รับรอง GAP/Organic เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๑ ไร่/อำเภอ

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	
	๐	๑
- มีข้อมูลแปลงปลูกสมุนไพรที่อยู่ในพื้นที่เปรียบเทียบกับปีที่แล้วเพิ่มขึ้น (ไร่)	< ๑	๑

ข้อ ๒.

๒.๑ มีแผนความต้องการใช้ยาสมุนไพรและปริมาณการใช้จริงเมื่อเทียบกับแผนความต้องการใช้ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน				
	๐.๑	๐.๒	๐.๓	๐.๔	๐.๕
- ร้อยละความต้องการใช้ยาสมุนไพรและปริมาณการใช้จริงเมื่อเทียบกับแผนความต้องการใช้	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

๒.๒ ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน				
	๐.๑	๐.๒	๐.๓	๐.๔	๐.๕
- ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรต่อยาแผนปัจจุบัน	๑.๕	๒.๐	๒.๕	๓.๐	๓.๕

ข้อ ๓. มีการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในอำเภอ อย่างน้อย ๑ ผลิตภัณฑ์

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	
	๐	๑
- มียาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่ผลิตในโรงพยาบาล หน่วยบริการหรือในอำเภอ (จำนวนผลิตภัณฑ์)	< ๑	๑

ข้อ ๔. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เพิ่มขึ้น

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน				
	๐.๑	๐.๒	๐.๓	๐.๔	๐.๕
- ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
๔.๑ ระดับโรงพยาบาลทั่วไป (เป้าหมาย ≥ ๑๒)	๘	๑๐	๑๒	๑๔	๑๖
๔.๒ ระดับโรงพยาบาลชุมชน (เป้าหมาย ≥ ๑๖)	๑๒	๑๔	๑๖	๑๘	๒๐
๔.๓ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (เป้าหมาย ≥ ๓๐)	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐

ข้อ ๕. มีจำนวนผลงานวิจัยสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน				
	๐.๑	๐.๒	๐.๓	๐.๔	๐.๕
๑. จำนวนงานวิจัยด้านสมุนไพรหรือด้านการแพทย์แผนไทยเชิงคลินิก (จำนวนเรื่อง)	-	-	-	-	๑
๒. จำนวน นวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดี (จำนวนเรื่อง)	๑	๒	๓	๔	๕

๑๐. เจื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล : เป็นตัวชี้วัดการดำเนินงานจังหวัดเมืองสมุนไพร

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับยาแผนปัจจุบันเพิ่มขึ้น	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น	-	-	-
อำเภอเมือง		๒.๑๘	๒.๓๕	๒.๗๓
อำเภอแกดดำ		๓.๙๖	๔.๑๗	๔.๔๒
อำเภอโกสุมพิสัย		๒.๑๕	๑.๘๗	๑.๖๑
อำเภอกันทรวิชัย		๑.๔๘	๑.๗๑	๑.๕๕
อำเภอเขียงยืน		๔.๕๔	๓.๘๕	๔.๐๙
อำเภอบรบือ		๒.๖๔	๒.๙๔	๒.๕๘
อำเภอนาเชือก		๒.๔๙	๒.๑๖	๓.๑๙
อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย		๖.๑๕	๖.๘๙	๔.๖๓
อำเภอวาปีปทุม		๒.๖๖	๒.๙๑	๓.๓๐
อำเภอนาคู		๒.๑๓	๒.๑๘	๓.๐๗
อำเภอยางสีสุราช		๔.๒๘	๓.๖๗	๕.๘๗
อำเภอกุดรัง		๒.๙๙	๓.๔๓	๒.๓๙
อำเภอชื่นชม		๕.๙๔	๔.๖๑	๔.๕๘
เฉลี่ยรวมจังหวัด		๒.๖๙	๒.๘๓	๓.๐๓
จำนวนพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่ได้รับรอง GAP/Organic	ไร่			
อำเภอเมือง		-	-	๔๔.๔๕
อำเภอแกดดำ		-	-	๑.๑๒๕
อำเภอโกสุมพิสัย		-	-	๕.๒๕
อำเภอกันทรวิชัย		-	-	๑๗.๑๒๕
อำเภอเขียงยืน		-	-	๗.๒๕
อำเภอบรบือ		-	-	๔๔.๓๗๕
อำเภอนาเชือก		-	-	๒.๘๗
อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย		-	-	๘๙.๒๕
อำเภอวาปีปทุม		-	-	๑๐๕.๒๕
อำเภอนาคู		-	-	๑๖.๒๕
อำเภอยางสีสุราช		-	-	๑๖.๒๕
อำเภอกุดรัง		-	-	๔
อำเภอชื่นชม		-	-	๘.๑๒๕
รวมทั้งจังหวัด				๓๖๑.๕๗

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
แผนความต้องการใช้ยาสมุนไพรและปริมาณการใช้จริง	ร้อยละ			
อำเภอเมือง		-	-	๑๐๑.๘๑
อำเภอแกด้า		-	-	๙๑.๘๘
อำเภอโกสุมพิสัย		-	-	๘๐.๓๔
อำเภอกันทรวิชัย		-	-	๑๐๗.๖
อำเภอเชียงยืน		-	-	๘๕.๒๔
อำเภอบรบือ		-	-	๙๔.๓๗
อำเภอนาเชือก		-	-	๑๒๓
อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย		-	-	๑๐๐
อำเภอนาหว้า		-	-	๘๓
อำเภอนาคู		-	-	๘๗
อำเภอยางสีสุราช		-	-	๑๐๔.๘๐
อำเภอกุดรัง		-	-	๘๖.๓
อำเภอชื่นชม		-	-	๙๗.๖๑
รวมทั้งจังหวัด		-	-	๙๕.๖๑

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	กลุ่มงาน
๑. การประเมินจำนวนพื้นที่ปลูกสมุนไพรที่ได้รับรอง GAP/Organic	ข้อมูลผู้ปลูกสมุนไพร / ข้อมูลการผลิต/ การแปรรูปสมุนไพร/ การขายสมุนไพรในพื้นที่		✓	การแพทย์แผนไทยฯ
๒.๑ การประเมินแผนความต้องการใช้ยาสมุนไพรและปริมาณการใช้จริง ๒.๒ การประเมินร้อยละมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเทียบกับยาแผนปัจจุบัน และ ร้อยละจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการสั่งจ่ายยาทั้งหมด	๒.๑ ประเมินจากแผนการจัดซื้อยาสมุนไพรของโรงพยาบาล เทียบกับการเบิกใช้ยาสมุนไพรจริงของปีงบประมาณ ๒.๒ ข้อมูลจาก HDC		✓	การแพทย์แผนไทยฯ

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		จังหวัด	อำเภอ	กลุ่มงาน
๓. การประเมินการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในอำเภอ	มีผลิตภัณฑ์จากสมุนไพรที่ผลิตในพื้นที่และใช้ในสถานบริการสาธารณสุขหรือวางจำหน่ายสำหรับประชาชนทั่วไป		✓	การแพทย์แผนไทยฯ
๔. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก (ค่าเฉลี่ยระดับอำเภอ) เพิ่มขึ้น	๔.๑ อ้างอิงข้อมูลรายงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (HDC) ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ๔.๒ Family Folder/ฐานข้อมูล		✓	การแพทย์แผนไทยฯ
๕. จำนวนผลงานวิจัยสมุนไพรไทยและผลิตภัณฑ์สมุนไพรไทย การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน การแพทย์ทางเลือก	๑. มีรายงานผลการวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรหรือการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกเชิงคลินิก ๑ ฉบับ ๒. มีรายงานผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม/การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง/การปฏิบัติที่ดี ของพื้นที่	✓	✓	การแพทย์แผนไทยฯ

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒๖ : ความสำเร็จของการตรวจสอบภายในครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓. เป้าหมาย : ระดับ ๕

๔. ผู้นำนัก : ๓

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวิทวัส ละอองทอง โทร. ๐๘๓-๔๕๕-๕๗๐๘

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางศรีประภา อาจเดช โทร. ๐๘๙-๙๒๗-๔๘๐๔

นางสาวจรรทิวา ราชพรหมมา โทร. ๐๙๕-๙๕๔-๖๓๙๑

๗. คำอธิบาย :

หน่วยงาน หมายถึง

หน่วยงานรับตรวจระดับอำเภอ

หน่วยงานรับตรวจ หมายถึง สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หน่วยงานรับตรวจระดับจังหวัด

หน่วยงานรับตรวจทุกระดับ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประเด็นที่จะดำเนินการตรวจสอบ ดังนี้

๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลขต่างๆ ตรวจสอบการปฏิบัติงานทางการเงิน การบัญชี การพัสดุ การปฏิบัติเป็นไปตามแผนงาน/โครงการต่าง ๆ

๒. โรงพยาบาลทั่วไป ตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลขต่างๆ ตรวจสอบการปฏิบัติงานทางการเงิน การบัญชี การพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้างเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยา การจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล และการตรวจสอบการควบคุมภายใน ๕ มิติ ได้แก่ มิติการเงิน มิติการจัดเก็บรายได้ มิติงบการเงิน มิติพัสดุ และมิติควบคุมภายใน/บริหารความเสี่ยง

๓. โรงพยาบาลชุมชน ตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลขต่างๆ ตรวจสอบการปฏิบัติงานทางการเงิน การบัญชี การพัสดุ การจัดซื้อจัดจ้างเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยา การจัดเก็บรายได้ค่ารักษาพยาบาล และการตรวจสอบการควบคุมภายใน ๕ มิติ ได้แก่ มิติการเงิน มิติการจัดเก็บรายได้ มิติงบการเงิน มิติพัสดุ และมิติควบคุมภายใน/บริหารความเสี่ยง

๔. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลขต่างๆ ตรวจสอบการปฏิบัติงานทางการเงิน การบัญชี การพัสดุ

๕. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรวจสอบตรวจสอบ ความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลขต่างๆ ตรวจสอบการปฏิบัติงานทางการเงิน การบัญชี การพัสดุ ทะเบียนคุมลูกหนี้ สมุดเงินสด ทะเบียนคุมเงินนอกงบประมาณ รายงานเงินคงเหลือประจำวัน เงินฝากธนาคาร และการควบคุมคุณภาพเวชภัณฑ์ยา เพื่อความถูกต้องและเชื่อถือได้ของข้อมูลและตัวเลขต่างๆ ทางด้านการเงิน

การบัญชี การพัสดุ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และเพื่อให้ทราบว่าการปฏิบัติงานทางด้านการเงิน การบัญชี การพัสดุ เป็นไปตามนโยบาย กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ระบบวิธีการ คำสั่ง มติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งแสดงข้อมูลทางการเงิน การบัญชีและพัสดุให้ถูกต้องและครบถ้วน

คณะกรรมการตรวจสอบภายใน หมายถึง คณะกรรมการที่ได้รับแต่งตั้งจากหัวหน้าหน่วยงาน ให้ปฏิบัติงานตรวจสอบภายในของหน่วยงาน ตามแผนการออกตรวจสอบภายใน

แผนการออกตรวจสอบภายใน หมายถึง ขอบเขตและรายละเอียดการปฏิบัติงาน และวิธีการตรวจสอบภายใน โดยกำหนดเป้าหมาย ทิศทาง ภารกิจงานตรวจสอบภายใน โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพของกิจกรรมการบริหารความเสี่ยงและความเพียงพอของระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน

รายงานการตรวจสอบภายใน หมายถึง การรายงานและสรุปผลการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ตลอดจนข้อเสนอแนะและข้อทักท้วง ของคณะกรรมการตรวจสอบภายในตามแผนการตรวจสอบภายใน ให้หน่วยงานรับตรวจทราบ และรายงานให้หัวหน้าส่วนราชการทราบด้วย โดยคณะกรรมการตรวจสอบภายใน

๘. เกณฑ์การให้คะแนน : ประเมินผลตามเกณฑ์ ๕ ข้อ ข้อละ ๑ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน						
๑	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตรวจสอบภายใน/ผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบภายใน (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)						
๒	มีแผนการตรวจสอบภายในประจำปีครบทุกหน่วยงานในสังกัด/ทุกระดับ (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)						
๓	มีการดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนฯ ประจำปี โดยคณะกรรมการต้องออกตรวจสอบภายในที่รพ.สต. ทุกแห่ง จำนวน ๒ ครั้ง/แห่ง/ปี (มี = ๑ คะแนน, ไม่มี = ๐ คะแนน)						
๔	มีรายงานและสรุปผลการดำเนินการตรวจสอบภายในตามแผนฯ ตลอดจนข้อสังเกต ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ หรือแนวทางในการปรับปรุง (รายงานครบ = ๑ คะแนน, รายงานไม่ครบ = ๐ คะแนน)						
๕	มีการติดตามการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ และข้อทักท้วง (ถ้ามี) ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน						
	ตัวชี้วัด	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละของข้อเสนอแนะ และข้อทักท้วง ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไข	ร้อยละ	๑	๒๕	๕๐	๗๕	๑๐๐
	หมายเหตุ ๑ : ถ้าไม่มีข้อเสนอแนะ/ประเด็นที่ตรวจสอบมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ = ๑ คะแนน						
	หมายเหตุ ๒ : โดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์ผลการประเมินกับคะแนนทั้งหมด ซึ่ง ๕ คะแนน = คะแนนทั้งหมดที่กำหนด						

๙. เจ็อนไข :

๑. การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนด ๕ ข้อ

๒. การออกตรวจสอบภายในสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ปีละ ๒ ครั้ง

๑๐. เหตุผล : เพื่อให้หน่วยบริการในสังกัดปฏิบัติราชการเกี่ยวกับการบริหารการเงินและการบัญชี การบริหาร
พัสดุ และการบริหารงานด้านอื่นๆ ได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และประหยัด เป็นไปตาม
นโยบาย กฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ ระบบวิธีการ คำสั่ง มติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งแสดงข้อมูลทางการเงิน การ
บัญชี และพัสดุ ได้ถูกต้องและครบถ้วน

๑๑. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละของอำเภอที่ออกตรวจสอบภายใน ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	NA	NA	NA

๑๒. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ ตรวจสอบภายใน/ผู้รับผิดชอบงาน ตรวจสอบภายใน	คำสั่งคณะกรรมการตรวจสอบ ภายใน/ผู้รับผิดชอบงานตรวจสอบ ภายใน	✓		✓
๒. มีแผนปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ครอบคลุมทุกภารกิจทุกหน่วยงานใน สังกัด/ทุกระดับ	แผนปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน	✓		✓
๓. มีการปฏิบัติงานตรวจสอบภายใน ตามแผนฯ	หนังสือแจ้งออกตรวจสอบและ รายงานสรุปผลการปฏิบัติงาน ตรวจสอบภายใน	✓		✓
๔. มีรายงานและสรุปผลการปฏิบัติ งานตรวจสอบภายในตามแผนฯ	รายงานและสรุปผลการปฏิบัติงาน ตรวจสอบภายในตามแผนฯ	✓		✓
๕. มีการติดตามการดำเนินการตาม ข้อเสนอแนะ และข้อทักท้วง (ถ้ามี) ของคณะกรรมการตรวจสอบภายใน	รายงานการดำเนินการตาม ข้อเสนอแนะ และข้อทักท้วง (ถ้ามี) ของคณะกรรมการ ตรวจสอบภายใน	✓		✓

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

๑. แผนงานตามยุทธศาสตร์ที่ ๔ : ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒๗ : ความสำเร็จของการดำเนินงานบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง

ตัวชี้วัดที่ ๒๗.๑ : ร้อยละคะแนนของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน

ตัวชี้วัดที่ ๒๗.๒ : ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล

๓. เป้าหมาย : หน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๔-๗ ไม่เกิน ๑ แห่ง)

๔. น้ำหนัก : ๓

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางโคภิตา จิตรวิกรานต์ โทร. ๐๘๔-๕๑๗-๔๓๕๘

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางธัญญา โทหนองหว่า โทร. ๐๘๑-๒๖๑-๔๗๑๔

นางสมพิศ ปินะเก โทร. ๐๘๑-๒๖๐-๖๘๘๗

ตัวชี้วัดที่ ๒๗.๑ : ร้อยละคะแนนของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน

๑. เป้าหมาย : หน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๔-๗ ไม่เกิน ๑ แห่ง)

๒. น้ำหนัก : ๒

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางโคภิตา จิตรวิกรานต์ โทร. ๐๘๔-๕๑๗-๔๓๕๘

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางธัญญา โทหนองหว่า โทร. ๐๘๑-๒๖๑-๔๗๑๔

๕. คำอธิบาย :

หน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน 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 เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยยะเวลาน้อยกว่า ๓ เดือน หรือ จะหมดภายในระยยะเวลาน้อยกว่า 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) ทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = ๑ คะแนน
 ๕) ผลประกอบการขาดทุน = ๑ คะแนน
 ๖) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < ๓ เดือน = ๒ คะแนน
 ๗) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < ๖ เดือน = ๑ คะแนน

หน่วยบริการที่มีค่าดัชนีน้อยกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการเข้าสู่สถานะความเสี่ยงทางการเงินและต้องเฝ้าระวัง ซึ่งจะมีการประเมินทุกไตรมาส

นอกจากนี้ในการพัฒนาประสิทธิภาพด้านการเงินการคลังหน่วยบริการยังต้องให้ความสำคัญในการวางแผนการใช้จ่ายเงิน (Planfin) การควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงานให้เป็นไปตามแผน การควบคุมค่าใช้จ่าย/ต้นทุนให้เป็นไปตามค่ากลางของกลุ่มโรงพยาบาลในระดับเดียวกัน การบริหารจัดการภายใน คำนวณมาตรการเพิ่มรายได้ และเรียกเก็บชดเชยให้ครบถ้วน ทันทเวลา ตลอดจนจัดระบบบริการผู้ป่วยในให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากที่สุด อันจะนำไปสู่สถานะด้านการเงินการคลังที่ดี ซึ่งการประเมินผลในตัวชี้วัดนี้ปรับมาจากการประเมินของเขตสุขภาพที่ ๗ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับนโยบาย รวมทั้งได้นำประเด็นที่เป็นโอกาสพัฒนาของหน่วยบริการในจังหวัดมหาสารคามมาเป็นเกณฑ์ในการกำกับการทำงานด้วย

๖. สูตรการคำนวณ : กรอบในการประเมินมี ๒ ด้าน ได้แก่

ส่วนที่ ๑ นโยบายของผู้บริหาร/แผนพัฒนา/นวัตกรรม ทั้งด้านการเงินการคลังและจัดเก็บรายได้ (๖๐ คะแนน)

ส่วนที่ ๒ ผลการประเมินประสิทธิภาพและความมั่นคงทางการเงิน (๑๑๐ คะแนน)

การประเมินจะใช้ข้อมูลไตรมาส ๔/๖๒ – ไตรมาส ๓/๖๓ หรือจนกระทั่งเดือนล่าสุดที่ทำการประเมิน รวมทั้งพิจารณาหลักฐานเชิงประจักษ์จากพื้นที่ และจากเว็บไซต์ของกองเศรษฐกิจและประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

คะแนนที่ได้ : คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

สูตรการคำนวณ : $\frac{[(\text{คะแนนที่ได้ในส่วนที่ ๑} \times ๔๐)]}{๖๐} + \frac{[(\text{คะแนนที่ได้ในส่วนที่ ๒} \times ๖๐)]}{๑๑๐}$

๖๐

๑๑๐

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๔-๗ ไม่เกิน ๑ แห่ง)	๒	ร้อยละคะแนน	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

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

หมายเหตุ : ตัวชี้วัดการดำเนินงานด้านการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการในแต่ละปีมีความแตกต่างกัน ความหมายของผลการประเมินในแต่ละปีจึงมีความแตกต่างกัน

๑๙. แนวทางการประเมินผล :

ส่วนที่ ๑ นโยบายของผู้บริหาร/แผนพัฒนา/นวัตกรรม ทั้งด้านการเงินการคลังและจัดเก็บรายได้ (๖๐ คะแนน)

รายละเอียดการประเมิน	แหล่งข้อมูล	คะแนน
๑. แผนการดำเนินงาน	๑.๑ แผนการดำเนินงานการเงินการคลังที่ระบุกิจกรรมเป้าหมายที่ชัดเจน	๕
	๑.๒ แผนเพิ่มรายได้ เป็นรายกิจกรรม/รายกองทุนย่อยตามแบบฟอร์มที่กำหนด	๑๐
	๑.๓ แผนลดรายจ่ายหมวดหลัก ได้แก่ ตามแบบฟอร์มที่กำหนด - ด้านยา (๒.๕ คะแนน) - ด้านเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์ (๒.๕ คะแนน) - ด้านวัสดุทันตกรรม (๒.๕ คะแนน) - ด้านวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ (๒.๕ คะแนน)	๑๐
๒. รายงานการประชุม	รายงานการประชุมคณะกรรมการ CFO อย่างน้อยไตรมาสละ ๑ ครั้ง (ไตรมาส ๔/๖๒ - ไตรมาส ๒/๖๓) เนื้อหาต้องประกอบด้วยสถานการณ์การเงิน/ประเด็นที่เป็นปัญหา/แนวทางการแก้ไข/รายงานผลการแก้ปัญหาที่มีการติดตามในไตรมาสถัดๆไป เป็นระยะ	ไตรมาส ละ ๕ คะแนน/ ๓ ไตรมาส = ๑๕ คะแนน
๓. มีการใช้นวัตกรรมในการดำเนินงาน	มีการใช้นวัตกรรมในการดำเนินงาน (มีการระบุกิจกรรม/เป้าหมาย/รายงานผลงานที่ชัดเจน)	๕
๔. มีงานวิจัย	มีงานวิจัยเกี่ยวกับการเงินการคลังอย่างน้อย ๑ เรื่อง	๑๕

ส่วนที่ ๒ ผลการประเมินประสิทธิภาพและความมั่นคงทางการเงิน (๑๑๐ คะแนน)

รายละเอียดการประเมิน	แหล่งข้อมูล	คะแนน
๑. การบริหารแผน Planfin		๑๐
๑.๑ Planfin รายได้	ผลต่างหมวดรายได้รวม \pm ไม่เกินร้อยละ ๕	๕
๑.๒ Planfin ค่าใช้จ่าย	ผลต่างค่าใช้จ่ายรวม \pm ไม่เกินร้อยละ ๕	๕
๒. การบริหารต้นทุน Unit Cost		๑๐
๒.๑ Unit Cost OP	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR	๕
๒.๒ Unit Cost IP	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR	๕
๓. การบริหารค่าใช้จ่าย		๒๔
๓.๑ LC ค่าแรงบุคลากร	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR	๖
๓.๒ MC ค่ายา	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR	๖
๓.๓ MC ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยา และวัสดุการแพทย์	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR	๖
๓.๔ MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์ และการแพทย์	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR	๖
๔. Productivity ที่ยอมรับได้		๖
๔.๑ อัตราครองเตียง	$\geq ๘๐\%$	๓
๔.๒ CMI	เกินเกณฑ์อ้างอิงกลุ่ม ประเภท Service Plan	๓
๕. การบริหารจัดการภายในด้านการเงิน ๗ (Risk Score Plus)	การบริหารจัดการภายในด้านการเงิน ๗ ข้อ (ตามข้อที่ได้)	๕
๖. ความมั่นคงทางการเงิน		๒๕
๖.๑ สถานการณ์ทางการเงิน	ไม่เกินระดับ ๓	๕
๖.๒ เงินทุนสำรองสุทธิ (NWC)	เป็นบวก เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ ขึ้นไป เมื่อเทียบกับข้อมูลปีก่อนในช่วงเวลาเดียวกัน (เป็นลบ=๐) หากน้อยกว่าร้อยละ ๕ ให้คะแนนลดหลั่นตามสัดส่วน	๕
๖.๓ เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้สิน)	เป็นบวก เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ ขึ้นไป เมื่อเทียบกับข้อมูลปีก่อนในช่วงเวลาเดียวกัน (เป็นลบ=๐) หากน้อยกว่าร้อยละ ๕ ให้คะแนนลดหลั่นตามสัดส่วน	๕
๖.๔ ผลต่างรายได้และค่าใช้จ่าย (EBITDA)	เป็นบวก เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ ขึ้นไป เมื่อเทียบกับข้อมูลปีก่อนในช่วงเวลาเดียวกัน (เป็นลบ=๐) หากน้อยกว่าร้อยละ ๕ ให้คะแนนลดหลั่นตามสัดส่วน	๕
๖.๕ กำไรสุทธิ (มีค่าเสีอมฯ) (NI+Depreciation)	เป็นบวก เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕ ขึ้นไป เมื่อเทียบกับข้อมูลปีก่อนในช่วงเวลาเดียวกัน (เป็นลบ=๐)	๕
๗. รายได้รวมทุกหมวดจาก	เพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ ๓ เมื่อเทียบกับช่วงเวลาดังกล่าว	๒๐

รายละเอียดการประเมิน	แหล่งข้อมูล	คะแนน
Planfin (P05 - P08) P05 รายได้จาก EMS P06 รายได้ค่ารักษาเบิกต้น สังกัด P61 รายได้ค่ารักษาอปท. P07 รายได้ค่ารักษาเบิกจ่าย ตรงกรมบัญชีกลาง P08 รายได้ประกันสังคม	ในปี ๒๕๖๒ (เป็นลบ=๐) หากน้อยกว่าร้อยละ ๓ ให้ คะแนนลดหลั่นตามสัดส่วน	
๘. คุณภาพเวชระเบียนที่ผ่านการ ตรวจสอบโดยคณะกรรมการระดับเขต	มีคุณภาพอย่างน้อยร้อยละ ๘๐	๑๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๗.๒ : ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อใน
ราคาต่อการรายงานผล

๑. เป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐

๒. น้ำหนัก : ๑

๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางโคภิตา จิตรวิกรานต์ โทร. ๐๘๔-๕๑๗-๔๓๕๘

๔. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสมพิศ ปินะเก โทร. ๐๘๑-๒๖๐-๖๘๘๗

๕. คำอธิบาย :

ราคาต่อการรายงานผล หมายถึง คำนวณตามจำนวนหน่วยบรรจุภัณฑ์ของน้ำยาตรวจวิเคราะห์ โดย
คำนวณเป็น test ต่อหน่วยบรรจุภัณฑ์ และผู้ขายต้องชดเชยน้ำยาที่ใช้ในการทำ IQC, EQA, Calibration และ
ชดเชยน้ำยาที่ไม่ได้จำนวน Test ตามที่ระบุไว้ข้างบรรจุภัณฑ์ รวมถึงการจัดหาเครื่องอัตโนมัติ ค่าการติดตั้ง
การสอบเทียบ การ Verification ระบบ Laboratory Information System (LIS) Internal Quality
Control (IQC) External quality Assessment (EQA) การฝึกอบรมบุคลากรทางห้องปฏิบัติการ เทคนิค
การแพทย์ทุกระดับในการใช้เครื่องตรวจวิเคราะห์ และ Accessories ทั้งหมด รวมทั้งการบำรุงรักษา ซ่อมแซม
และแก้ไข ค่าวัสดุอุปกรณ์ ค่าอะไหล่ทั้งหมดเพื่อให้อยู่ในสภาพที่ใช้การได้ดีอยู่เสมอ

จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการ
รายงานผล จำแนกตามขนาดของโรงพยาบาล ดังนี้

ขนาด S จำนวน ๕๗ รายการ

ขนาด M๒, F๑ จำนวน ๓๒ รายการ

ขนาด F๒, F๓ จำนวน ๒๕ รายการ

๖. สูตรการคำนวณ :

โรงพยาบาลขนาด S

$$= \frac{\text{จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล} \times 100}{57}$$

โรงพยาบาลขนาด M๒, F๑

$$= \frac{\text{จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล} \times 100}{32}$$

โรงพยาบาลขนาด F๒, F๓

$$= \frac{\text{จำนวนรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล} \times 100}{25}$$

๗. เกณฑ์การให้คะแนน :

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวชี้วัด	หน่วย วัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล	ร้อยละ	๑	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

๘. เหตุผล :

๑. การจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติของแต่ละโรงพยาบาลมีมูลค่าประมาณร้อยละ ๘๐ ของงบประมาณการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ทั้งหมด
๒. อายุการใช้งาน (เครื่องเก่าและเครื่องใหม่) และการบำรุงรักษาเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติมีผลต่อปริมาณการใช้น้ำยาของเครื่องวิเคราะห์อัตโนมัติ
๓. การจัดซื้อต่อการรายงานผลเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทำให้โรงพยาบาลควบคุมค่าใช้จ่ายได้

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล	ร้อยละ	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล	ไม่มีข้อมูล

๑๐. แนวทางการประเมินผล :

ตัวชี้วัด	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ	
		โรงพยาบาล	กลุ่มงาน
ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่องอัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล	๑. ข้อมูลการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ของโรงพยาบาล	✓	✓
	๒. สถิติการให้บริการของการทดสอบที่วิเคราะห์ด้วยเครื่องอัตโนมัติ	✓	✓
	๓. TOR หรือสัญญาในการจัดซื้อ (กรณี E-bidding)	✓	✓
	๔. รายงานบริหารเวชภัณฑ์ประจำเดือน	✓	✓

รายละเอียดตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

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

๒. ตัวชี้วัดที่ ๒๘ : ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม

ตัวชี้วัดที่ ๒๘.๑ : สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (\geq ร้อยละ ๒๐)

ตัวชี้วัดที่ ๒๘.๒ : สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (\geq ร้อยละ ๘๐)

๓. เป้าหมาย : ๑. สตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (\geq ร้อยละ ๒๐)

๒. สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (\geq ร้อยละ ๘๐)

๔. หน้าที่ : ๒

๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอมอร สุทธิสา

โทร. ๐๙๔-๖๒๕-๙๔๕๑

๖. ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวพรณี นันทะแสง

โทร. ๐๘๘-๕๔๘-๖๔๗๘

๗. คำอธิบาย :

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีสัญชาติไทย ที่มีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ในเขตรับผิดชอบของหน่วยบริการนั้นๆ (ขึ้นชื่อตามทะเบียนราษฎร์) ที่ไม่เคยได้รับการตรวจคัดกรอง ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี HPV DNA Test หรือ Pap-smear

การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับความรู้และได้รับการสอนตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองและตรวจคัดกรองโดยบุคลากรสาธารณสุข (Clinical Breast Self - Examination : CBE) อย่างน้อยคนละ ๑ ครั้ง/ปี และผ่านการประเมินผลดังกล่าวจากอาสาสมัครประจำหมู่บ้านหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างน้อย ๑ ครั้งต่อไป

๘. สูตรการคำนวณ :

๒๘.๑ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปี ๒๕๖๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐)

สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ปี ๒๕๖๓} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรอง ปี ๒๕๖๓}}$

จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรอง ปี ๒๕๖๓

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

สูตรการคำนวณ : $\frac{\text{จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๓} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๓}}$

จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ปี ๒๕๖๓

๙. เกณฑ์การให้คะแนน :

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์การให้คะแนน				
			๑	๒	๓	๔	๕
๒๘.๑ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (\geq ร้อยละ ๒๐)	๑.๕	ร้อยละ	๑๒	๑๖	๒๐	๒๔	๒๘
๒๘.๒ สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (\geq ร้อยละ ๘๐)	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

๑๐. เงื่อนไข (ถ้ามี)

๑๑. เหตุผล : เนื่องจากตัวชี้วัดนี้ เป็น PA (Performance Agreement) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ข้อตกลงการปฏิบัติราชการของผู้บริหารระดับจังหวัด

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

รายการ	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
๑. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	๔๐.๙๔	๕๐.๔๓	๗๔.๐๖
๒. ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ปี ๒๕๖๒ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	ร้อยละ	๗๑.๙๕	๘๗.๕๐	๙๕.๕๙

๑๓. แนวทางการประเมินผล :

วิธีการประเมินผล	หลักฐานประกอบการประเมิน	ประเมินระดับ		
		อำเภอ	ตำบล	รพ.สต.
๑. ร้อยละผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (ปี ๒๕๖๓ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐)	ผลงานจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข	✓		
๒. ร้อยละผลตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐)	ผลงานจากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข	✓		

ภาคผนวก

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๙.๑ Door to Refer (ค่าเฉลี่ยระยะเวลา)	๒	นาที	๕๐	๔๕	๔๐	๓๕	๓๐			
๙.๒ อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๑	ร้อยละ	๑๑	๙	๗	๕	๓			
๙.๓ อัตราผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูสภาพ	๑	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			
๑๐. ความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค	๕									
๑๐.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๑	ร้อยละ	๔๘	๕๘	๖๘	๗๘	๘๘			
๑๐.๒ อัตราการเสียชีวิต (Dead rate)	๐.๕	ร้อยละ	๑๒	๑๐	๘	๖	๔			
๑๐.๓ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	๐.๕	ร้อยละ	๔๗.๕	๕๗.๕	๖๗.๕	๗๗.๕	๘๗.๕			
๑๐.๔ ร้อยละการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในกลุ่มเสี่ยง ๗ กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอก	๑.๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			
๑๐.๕ ร้อยละของการดำเนินงานคุณภาพโรงพยาบาลด้านการดูแลรักษาวัณโรคผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	๑.๕	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			
๑๑. ความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	๔									
- การประเมินความสำเร็จของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๒	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
- ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน	๒	ระดับ คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
๑๒. ความสำเร็จของการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR)	๑	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
๑๓. ความสำเร็จของการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และให้การรักษามาตรฐานเวลาที่กำหนด	๓									
๑๓.๑ Door to Needle (ระยะเวลาที่ได้รับยาน้อยกว่า ๓๐ นาที) (มากกว่าร้อยละ ๕๐)	๑	ร้อยละ	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐			

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๑๓.๒ Onset to Needle (ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการจนได้รับยา หรือได้รับการทำ PCI น้อยกว่า ๖ ชั่วโมง) (มากกว่าร้อยละ ๘๐)	๒	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			
๑๔. ความสำเร็จของการดำเนินงานระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร ระบบส่งต่อ และการป้องกันอุบัติเหตุจากจราจรทางถนน	๓									
๑๔.๑ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง น้อยกว่าร้อยละ ๑๒	๑	ร้อยละ	๑๖	๑๔	๑๒	๑๐	๘			
๑๔.๒ ความสำเร็จของโรงพยาบาลทุกระดับ ที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ	๐.๕	ร้อยละ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐			
๑๔.๓ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๔	๐.๕	ร้อยละ	๘	๑๖	๒๔	๓๒	๔๐			
๑๔.๔ ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน	๑	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
๑๕. ความสำเร็จของการสร้างรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย	๓	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
๑๖. ความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	๒	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
๑๗. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาโรงพยาบาลมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	๒	ระดับ คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
๑๘. ความสำเร็จของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว	๕									
- ระดับความสำเร็จที่ดำเนินการตามเกณฑ์การพัฒนา	๒	ระดับ คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
- ผลการประเมินรายหมวด จากคะแนนประเมิน รพ.สต.ตีตดาว	๓	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			
๑๙. ร้อยละคะแนนการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน	๓	ร้อยละ	๔๗	๕๒	๕๗	๖๒	๖๗			

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๒๐. คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน Smart Hospital	๒	ระดับ คะแนน	ผ่าน เกณฑ์ Smart Hos. ๘ รายการ จาก ๑๒ รายการ	ผ่าน เกณฑ์ Smart Hos. ๙ รายการ จาก ๑๒ รายการ	ผ่าน เกณฑ์ Smart Hos. ๑๐ รายการ จาก ๑๒ รายการ	ผ่าน เกณฑ์ Smart Hos. ๑๑ รายการ จาก ๑๒ รายการ	ผ่าน เกณฑ์ Smart Hos. ๑๒ รายการ จาก ๑๒ รายการ			
๒๑. ความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ (NCDs)	๖									
๒๑.๑ ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่ม สงสัยป่วยโรคเบาหวาน และ/หรือความดัน โลหิตสูง	๐.๕									
- ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัย ป่วยโรคเบาหวาน	๐.๒๕	ร้อยละ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐			
- ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัย ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๐.๒๕	ร้อยละ	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐			
๒๑.๒ อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และอัตราประชากร กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขต รับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน	๑.๕									
- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม เสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ ๑.๙๕	๑	ร้อยละ	๒.๙๕	๒.๔๕	๑.๙๕	๑.๔๕	๐.๙๕			
- อัตรากลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดัน โลหิตที่บ้าน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	๐.๕	ร้อยละ	๑๐	๒๕	๔๐	๕๕	๗๐			
๒๑.๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับ ความดันได้ดี	๑.๕									
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี	๑	ร้อยละ	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐			
- ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต สูงควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๐.๕	ร้อยละ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐			
๒๑.๔ ร้อยละคะแนนผ่านเกณฑ์การ ประเมินคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาล	๐.๕	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๘๕	>๘๕			

ชื่อตัวชี้วัด	น้ำหนัก	หน่วยวัด	เกณฑ์					ผลงาน	คะแนน เทียบ เกณฑ์	คะแนน ถ่วง น้ำหนัก
			๑	๒	๓	๔	๕			
๒๔.๑ ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ อำเภอจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ มะเร็งท่อน้ำดี	๒	ร้อยละ	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐			
๒๔.๒ ร้อยละคะแนนความสำเร็จของ อำเภอจัดการสุขภาพในการดำเนินงานด้าน การจัดระบบบริการสุขภาพเพื่อค้นหาคัด กรองผู้ป่วยโดยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์ และดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี	๑	ร้อยละ	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐			
๒๕. ความสำเร็จของการพัฒนาเมือง สมุนไพร	๔	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
๒๖. ความสำเร็จของการตรวจสอบภายใน ครบถ้วนตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕			
๒๗. ความสำเร็จของการดำเนินงานบริหาร จัดการด้านการเงินการคลัง	๓									
๒๗.๑ ร้อยละคะแนนของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	๒	ร้อยละ คะแนน	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			
๒๗.๒ ร้อยละรายการวัสดุวิทยาศาสตร์ การแพทย์ที่ตรวจวิเคราะห์โดยเครื่อง อัตโนมัติที่จัดซื้อในราคาต่อการรายงานผล	๑	ร้อยละ	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐			
๒๘. ร้อยละของสตรีที่ได้รับการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม	๒									
๒๘.๑ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ที่ ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (≥ ร้อยละ ๒๐)	๑.๕	ร้อยละ	๑๒	๑๖	๒๐	๒๔	๒๘			
๒๘.๒ สตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม (≥ ร้อยละ ๘๐)	๐.๕	ร้อยละ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐			
รวม	๙๖									๐

ผู้รายงาน หน่วยงาน

ตำแหน่ง เบอร์ติดต่อ

รายงาน ณ วันที่ เดือน พ.ศ. ๒๕๖๓

หมายเหตุ : ขอให้ส่งแบบประเมินตนเองภายในวันที่ **๕ กรกฎาคม ๒๕๖๓** และ หากตัวชี้วัดใดไม่สามารถรายงานผลได้ เนื่องจาก
**๑) เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ข้อมูลจากจังหวัด ๒) จัดเก็บข้อมูลไม่ทัน หรือ ๓) ตัวชี้วัดที่ต้องมีการประเมินเชิงคุณภาพ ฯลฯ ให้ระดับอำเภอใส่ค่าคะแนนที่ได้
เท่ากับ ๑ มาก่อน**



คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ที่ ๑๗ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๒๘ ตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้องกับแผนงานหลักตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ภายใต้ ๔ ประเด็นยุทธศาสตร์ คือ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ : พัฒนาการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้เป็นเลิศ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๒ : พัฒนาระบบบริการให้เป็นเลิศ ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๓ : พัฒนาบุคลากรให้เป็นเลิศ และประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๔ : พัฒนาระบบบริหารให้เป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล เพื่อวัดความสำเร็จในการดำเนินงานสาธารณสุขระดับอำเภอในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

เพื่อให้กระบวนการวัดผลการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เกิดความเป็นธรรมในทุกอำเภอ และเพื่อให้การจัดทำคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ดังรายนามต่อไปนี้

๑. คณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย

๑.๑ นายภาคี ทรัพย์พิพัฒน์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม	ประธาน
๑.๒ นายหัสชา เนือยทอง	นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)	รองประธาน
๑.๓ นายพรสิทธิ์ ทวยนันท์	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)	กรรมการ
๑.๔ นางรุ่งทิพย์ มั่นคง	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านบริการทางวิชาการ)	กรรมการ
๑.๕ นายวิเชียร ฉกาจนโรดม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	กรรมการ
๑.๖ นายวิวัฒน์ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)	กรรมการ
๑.๗ นายบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	กรรมการ
๑.๘ นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กรรมการและเลขานุการ	
๑.๙ นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการร่วม
๑.๑๐ นางสาวศุภานาล รัตนดาตาส	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อรองรับการประเมินผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข
๒. อำนวยความสะดวก และกำกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้องตามหลักวิชาการ และมีประสิทธิภาพ
๓. สนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่คณะกรรมการในการดำเนินงานและจัดสรรงบประมาณ เพื่อใช้ในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ

๒. คณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ประกอบด้วย

๒.๑ นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	ประธาน
๒.๒ นางแฉล้ม รัตนพันธ์	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	กรรมการ
๒.๓ นางสุธิดา คณมะ	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๒.๔ นายบวร จอมพรรษา	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แพทย์ไทย และการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๒.๕ นางศิริมา วิริยะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๖ นางรัฐวดี โคตรนรินทร์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๒.๗ นางสาวจตุจินต์ อินสร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒.๘ นางสาวกัญญา สารฤทธิคาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒.๙ นางสาวอรุณ ภูมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒.๑๐ นางสาวปาริชาติ ปกิระณะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒.๑๑ นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๒.๑๒ นางสาวศุภานาถ รัตนดาตาส	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. ร่วมดำเนินการ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์กระบวนการวัดผลรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) การประเมินและประเด็นปัญหาจากผู้ประเมินและผู้รับการประเมินจากปีที่ผ่านมา
๒. ตรวจสอบความถูกต้องของรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) และความเป็นไปได้ของกระบวนการวัดผลการประเมิน โดยให้ความเป็นธรรมในทุกอำเภอ
๓. สนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในการปรับแก้ไขรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template) กระบวนการวัด และการประเมินผล เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอมีประสิทธิภาพ

๓. สำนักเลขานุการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๓.๑ นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	ประธาน
๓.๒ นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๓.๓ นางสาวศุภานาถ รัตนดาตาส	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม
๓.๔ นายสุเมธ ระโยธี	นักวิชาการคอมพิวเตอร์	กรรมการและเลขานุการร่วม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. ร่วมดำเนินการ รวบรวมข้อมูล และประเด็นปัญหาจากคณะกรรมการกลั่นกรองตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอจนแล้วเสร็จ
๒. จัดทำเอกสารคู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ เพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๓ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ทั้งนี้ ให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้ง ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

สั่ง ณ วันที่ ๒๘ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายภาสกี ทรัพย์พิพัฒน์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม



คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ที่ ๗๐ / ๒๕๖๓

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ได้กำหนดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ จำนวน ๒๘ ตัวชี้วัด ซึ่งสอดคล้องกับแผนงานหลักตามยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ - ๒๕๖๔ ภายใต้อายุทธศาสตร์ ๑๕ แผนงานหลัก ได้แก่ ๑) แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ๒) แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๓) แผนงานการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ๔) แผนงานการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม ๕) แผนงานการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๖) แผนงานการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ๗) แผนงานการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ ๘) แผนงานการพัฒนาตามโครงการพระราชดำริโครงการเฉลิมพระเกียรติ และพื้นที่เฉพาะ ๙) แผนงานอุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย ๑๐) แผนงานการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ ๑๑) แผนงานการพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ ๑๒) แผนงานการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ๑๓) แผนงานการบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ๑๔) แผนงานการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ ๑๕) แผนงานการปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ

เพื่อให้การประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงขอแต่งตั้งคณะกรรมการประเมินผลการปฏิบัติราชการระดับอำเภอ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ 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. นายวิเชียร ฉกจจนโรดม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	กรรมการ
๖. นายวัฒน์นะ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)	กรรมการ
๗. นายบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	กรรมการ
๘. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข กรรมการและเลขานุการ	
๙. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการร่วม
๑๐. นางสาวศุภนาถ รัตนดาตาส	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม
๑๑. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. กำหนดนโยบาย แนวทางการดำเนินงานสาธารณสุข เพื่อการรองรับการประเมินผลการปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข
๒. อำนวยการ ควบคุม และกำกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อย ถูกต้องตามหลักวิชาการ 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. นายวิเชียร ฉกาจนโรดม	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบรบือ (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) ปฏิบัติหน้าที่รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด	กรรมการ
๖. นายวัฒน์ ศรีวัฒนา	ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)	กรรมการ
๗. นายบุญถม ปาปะแพ	เภสัชกรเชี่ยวชาญ (ด้านเภสัชสาธารณสุข)	กรรมการ
๘. นายวิหวัศ ละอองทอง	หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป	กรรมการ
๙. นายสงัด เชื้อลิ้นฟ้า	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	กรรมการ
๑๐. นางแฉล้ม รัตนพันธ์ุ	หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข	กรรมการ
๑๑. นายฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	กรรมการ
๑๒. นายประวัตติ แปลงมาลัย	หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	กรรมการ
๑๓. นางวันเพ็ญ ต้นสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานนิติการ	กรรมการ
๑๔. นางสุธิดา คณะมะ	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคล	กรรมการ
๑๕. นางโศภิตา จิตรวิกรานต์	หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ	กรรมการ
๑๖. นางนวลนิตย์ บุตรีสุวรรณ	หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข	กรรมการ
๑๗. นางเอมอร สุทธิสา	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด	กรรมการ
๑๘. นายกฤษฎ์ โพธิ์ศรี	หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	กรรมการ
๑๙. นางเพชรวรรณ คุสกุรัตน์	หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ	กรรมการ
๒๐. นายบวร จอมพรรษา	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๒๑. นางสาวณัจจิต อินทร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ

๒๒. นางสุมาลี ใหม่คามิ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒๓. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒๔. นายเกษียร นวนน่วม	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๒๕. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๒๖. นางอาภรณ์ ภูมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๗. นางสาวนวลปรางค์ ดวงสว่าง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๒๘. นางสุพรรณณี โสมมาภา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๒๙. นางสาวสรिता ศรีปน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓๐. นางภัทราภรณ์ ภูมิโยธา	นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ	กรรมการ
๓๑. นางเกษศรีรินทร์ ไชยลาภ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๓๒. นางสาวสายพิน ทองคำ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๓๓. นางอัมพร นาคสมบุรณ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการกรรมการ	กรรมการ
๓๔. นางสาวรัตนพร เสนาลาด	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๓๕. นางเพชรรัตน์ บุตะกะ	เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน	กรรมการ
๓๖. นางศรีประภา อางเดช	เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน	กรรมการ
๓๗. นางสาวระพีพร คำเจริญ	นักวิเคราะห์นโยบายและแผนปฏิบัติการ	กรรมการ
๓๘. นางสาวณัฐรญา ไชยคำภา	นักวิชาการสาธารณสุข	กรรมการ
๓๙. นางสาวรัชณีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๔๐. นางสาวศุภนาถ รัตนดาตาส	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม
๔๑. นางสาวสิริมาพร นาศัพฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม
๔๒. นางสาวปวีณา เหลาพล	เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา	กรรมการและเลขานุการร่วม

หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อจัดทำตัวชี้วัดและค่าน้ำหนักของตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้อง ในภาพรวมจังหวัด รวมทั้งระดับอำเภอ สำหรับใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓

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. นายบวร จอมพรรษา	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	กรรมการ
๕. นางศิริมา วิริยะ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๖. นางรัฐวดี โคตรนรินทร์	เภสัชกรชำนาญการ	กรรมการ
๗. นางสาวณัจจิต อินทร	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๘. นางสุกัญญา สารฤทธิคาม	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๙. นางอาภรณ์ ภูมิ	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	กรรมการ
๑๐. นางสาวปาริชาติ ปกิระณะ	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการ
๑๑. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๑๒. นางสาวศุภนาถ 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. นางสาวรัชนีวิภา จิตรากุล	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	กรรมการและเลขานุการ
๖. นางสาวศุภนาถ รัตนดาตาศ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม
๗. นางสาวสิริมาพร นาศพัฒน์	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	กรรมการและเลขานุการร่วม


หน้าที่ความรับผิดชอบ

๑. ร่วมดำเนินการ รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ผลการประเมินและประเด็นปัญหาจากผู้ประเมินและผู้รับการประเมินจนแล้วเสร็จ

๒. จัดทำเอกสารสรุปผลการประเมิน เพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปี ๒๕๖๓ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ทั้งนี้ ให้เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้ง ปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ

สั่ง ณ วันที่ ๑๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๓



(นายภาคี ทรัพย์พัฒน์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม