



รายละเอียดตัวชี้วัดรับรองปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

# แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพ

จังหวัดร้อยเอ็ด



## กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

## สารบัญ

หน้า

สรุปภาพรวมตัวชี้วัด ๓๑ ตัว

๑

### ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

#### แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย

อัตราส่วนการตายมารดาไทย .....	๗
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย .....	๑๓
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี .....	๑๕
ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๕ ปี ที่มีปัญหาทางการเรียนจากภาวะสุขภาพ (สมาธิสั้น/บกพร่องทางการเรียนรู้) เข้าถึงบริการ.....	๑๗
๔.๑ สมาธิสั้น.....	๑๗
๔.๒ ภาวะพร่องทางการเรียน.....	๑๗
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ .....	๑๙

#### แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ร้อยละของอำเภอที่มี District Health Board (DHB) ที่มีคุณภาพ .....	๒๑
---	----

#### แผนงานที่ ๓ การป้องกันและควบคุมโรค

อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน .....	๒๖
ร้อยละของคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ.....	๒๘

#### แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม

ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการดำเนินงานการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ.....	๓๑
--	----

### ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

#### แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)

ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) .....	๓๓
--	----

#### แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี.....	๓๕
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตควบคุมได้ดี .....	๓๖
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง .....	๓๗
ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) .....	๓๘
โรงพยาบาลมีการดำเนินงานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ทุกชั้นตอน.....	๔๑
อัตราตายด้วยโรคมะเร็งลดลง.....	๔๕
ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด .....	๔๕
อัตราตายจากมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีลดลง .....	๔๘
อัตราตายจากมะเร็งปอดลดลง.....	๔๙
ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/๑.๗๓ m <sup>๒</sup> /yr .....	๕๐

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด	
และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน ๑ ปี (Retention Rate).....	๕๒
ร้อยละผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด	
(๓ month Remission rate) ติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน ๑ ปี(Retention Rate).....	๕๔
ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการการดูแลระดับกลาง(Intermediate care) ...	๕๖
<b>แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ</b>	
อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ .....	๖๐
<b>แผนงานที่ ๘ : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร</b>	
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเมืองสมุนไพร (Herbal city).....	๖๒
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (People Excellence)</b>	
<b>แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ</b>	
ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์	
เป้าหมายที่กำหนด .....	๖๔
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างสุขของคนทำงาน .....	๖๖
ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	
(Health Literacy) .....	๖๙
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)</b>	
<b>แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ</b>	
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA.....	๗๑
ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม .....	๗๔
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการ กพร.สป.ในสังกัด สธ.	
สูงคุณภาพการบริหารจัดการจัดภาครัฐ (PMQA) .....	๗๖
ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดตาม .....	๘๑
<b>แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ</b>	
อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (Ill define) .....	๘๓
ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ .....	๘๕
ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record).....	๘๖
<b>แผนงานที่ ๑๒ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ</b>	
ร้อยละของสถานบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน .....	๘๘
<b>แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ</b>	
ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ .....	๘๙

# แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔

วิสัยทัศน์ : “ประชาชนชาวร้อยเอ็ดมีสุขภาพดี ด้วยวิถีแห่งความพอเพียง”

## ๑.พันธกิจ

- พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง
- พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน
- พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ทันทต่อการเปลี่ยนแปลง

## ๒.ค่านิยม

### ROIET+

Respect	:	นับถือตนเองและผู้อื่น
Openness	:	เปิดเผย โปร่งใส
Integrity	:	ซื่อสัตย์
Efficiency	:	มีประสิทธิภาพ
Teamwork	:	เห็นคุณค่าความสามัคคี
Plus	:	พัฒนาต่อเนื่อง

## ๓.วัฒนธรรมองค์กร

ทำงานเป็นทีม สร้างเครือข่ายแห่งการเรียนรู้ เคารพเชิดชูผู้ใหญ่ ร่วมใจสามัคคี เป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพ

## ๔.เป้าประสงค์ (Ultimate Goals)

ภายในสิบปีข้างหน้าประชาชนชาวร้อยเอ็ดสุขภาพดี โดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า ๘๐ ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า ๗๒ ปี

## ๕.เป้าหมาย (Goals)

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

## ๖.ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) และ แผนงาน (Plan)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าหมายการพัฒนา
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๑</b> ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครอง ผู้บริโภคเป็นเลิศ(Promotion, Prevention & Protection Excellence)	๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดีตามเกณฑ์ ๒) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถ ตอบสนองได้ทันทีและมีประสิทธิภาพ ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีระบบการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของ ประชาชน ๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

๖.ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) และเป้าประสงค์ (Goals)(ต่อ)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าหมายการพัฒนา
<p><b>ยุทธศาสตร์ที่ ๒</b> บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)</p>	<p>๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน ๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยและสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล ๕) มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ</p>
<p><b>ยุทธศาสตร์ที่ ๓</b> บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)</p>	<p>๑) วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของประเทศ ๒) กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้มีความสมดุลกัน ๓) ดำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ</p>
<p><b>ยุทธศาสตร์ที่ ๔</b> บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)</p>	<p>๑) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มี ความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ ๒) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ๓) สร้างและพัฒนากลไกการดูแลด้านการเงินการคลังสุขภาพ ๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ ๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ</p>

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	โครงการ	จำนวน	น้ำหนัก
๑.	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	๔	๑๒	๙	๕๐
๒.	บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๕	๒๒	๑๑	๒๕
๓.	บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	๑	๓	๓	๑๐
๔.	บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	๔	๗	๘	๑๕
	รวม	๑๔	๔๔	๓๑	๑๐๐

ตารางรายละเอียดตัวชี้วัด น้ำหนัก หน่วยวัด เป้าหมายและเกณฑ์การให้คะแนน

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	หน่วย วัด	เป้า หมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
<b>ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&amp;P Excellence)</b>								
<b>แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย</b>								
๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	๖	อัตรา	≤๑๗	๑๘	๑๗	๑๖	๑๕	๑๔
๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย	๖	ร้อยละ	๙๕	๙๘.๑	๙๘.๓	๙๘.๕	๙๘.๗	๙๘.๙
๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๕	ร้อยละ	๕๔	๔๒	๔๕	๔๘	๕๑	๕๔
๔. ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๕ ปี มีปัญหา ทางการเรียนจากภาวะสุขภาพ (LD, ADHD) เข้าถึงบริการ								
๔.๑ สมาชิก	๓	ร้อยละ	๗.๙๗	๕	๖	๗	๘	๙
๔.๒ ภาวะบกพร่องทางการเรียน	๒	ร้อยละ	๑.๓๗	๑	๒	๓	๔	๕
๕. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริม สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๖	ร้อยละ	≥๘๐	๗๒	๗๔	๗๖	๗๘	≥๘๐
<b>แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ</b>								
๖. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health Board (DHB) ที่เชื่อมโยงระบบบริการ ปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมี คุณภาพ	๓	ร้อยละ	๖๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
<b>แผนงานที่ ๓ การป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ</b>								
๗. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน	๕	อัตรา	<๒.๔๐	≥๒.๖	๒.๕	๒.๔	๒.๓	≤๒.๒
๘. ร้อยละคะแนนความสำเร็จของการดำเนิน งานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ	๖	ร้อยละ	๘๐	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
<b>แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม</b>								
๙. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาอนามัย สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสถานบริการ สาธารณสุขเครือข่าย	๕	ระดับ	๕	๑	๒	๓	๔	๕

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)								
๑๐. ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) <b>รอปรับปรุง***</b>	๓	ร้อยละ						****
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ								
๑๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้								
๑๑.๑ โรคเบาหวาน	๒	ร้อยละ	≥๔๐	≤๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	≥๔๐
๑๑.๒ โรคความดันโลหิตสูง	๑	ร้อยละ	>๕๐	≤๔๖	๔๘	๕๐	๕๒	≥๕๔
๑๒. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๑	ร้อยละ	≤๗	๘	๗.๕	๗.๐	๖.๕	๖.๐
๑๓. ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)	๓	ร้อยละ	๗๕	๖๕	๖๐	๗๕	๘๐	๘๕
๑๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) <b>(รอปรับปรุง)***</b>	๓							****
๑๕. อัตราตายด้วยโรคมะเร็ง								***
๑๕.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	๑	ร้อยละ	๘๕	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
๑๕.๒ อัตราตายจากมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีลดลง	๑	ร้อยละ	ลดลง ๕. %	๔.๐	๔.๕	๕.๐	๕.๕	๖.๐
๑๕.๓ อัตราตายจากมะเร็งปอดลดลง <b>(รอปรับปรุง)***</b>	๑	ร้อยละ	ลดลง ๕. %	๔.๐	๔.๕	๕.๐	๕.๕	๖.๐
๑๖. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๔ml/min/๑.๗๓ m <sup>๒</sup> /yr	๒	ร้อยละ	≥๖๗	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙
๑๗. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate)								
๑๗.๑ ผู้ติดยาเสพติดคงอยู่ในระบบ	๑	ร้อยละ	๒๐	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒
๑๗.๒ ผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน	๑	ร้อยละ	๔๐	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒
๑๘. ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการการดูแลระดับกลาง (Intermediate care : IMC)	๑	ระดับ	๕	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ								
๑๙. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคและกลับเป็นซ้ำ	๒	๘๕	๗๗.๓๓	≤๘๒	๘๓	๘๔	๘๕	≥๘๖

แผนงานที่ ๘ : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร								
๒๐.จำนวนเมืองสมุนไพรแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๒	ระดับ	๕	๑	๒	๓	๔	๕
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ People Excellence								
แผนงานที่ ๙ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ								
๒๑.ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	๔	ระดับ	๕	๑	๒	๓	๔	๕
๒๒.ความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างสุขของคนทำงาน	๓	ร้อยละ	๕	๑	๒	๓	๔	๕
๒๓.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Health Literacy) (อสค.)	๓	ร้อยละ	๗๐	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)								
แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ								
๒๔.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๑	ร้อยละ	๑๐๐	๐.๐-๑๙.๙	๒๐.๐-๓๙.๙	๔๐.๐-๕๙.๙	๖๐.๐-๗๙.๙	๘๐.๐-๑๐๐.๐
๒๕.ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม	๑	ร้อยละ	๒๕	≤๑๖	๑๙	๒๒	๒๕	≥๒๕
๒๖.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการ กพร.สป. ในสังกัด สธ สู่เกณฑ์คุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	๑	ร้อยละ	๗๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐
๒๗.ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาว <b>(รอปรับปรุง)***</b>	๓	ร้อยละ						***
แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ								
๒๘.ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ								
๒๘.๑ อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ILL Define)	๑	ร้อยละ	<๒๕	≥ ๓๖	๓๒	๒๘	๒๔	≤๒๐
๒๘.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ	๑	ร้อยละ	>๕๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
๒๙.ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	๒	ระดับ	๕	๑	๒	๓	๔	๕



แผนงานที่ ๑๒ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ								
๓๐. ร้อยละของสถานบริการที่ประสบภาวะ วิกฤติทางการเงิน	๒	ระดับ	๕	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๑๓ การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ								
๓๑. ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	๓	ระดับ	๕	๑	๒	๓	๔	๕

S	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๓	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓,.....s๓๑

**ตัวชี้วัดที่ s๑๑ : อัตราส่วนการตายมารดา**  
หน่วยวัด : อัตรา  
น้ำหนัก : ๖  
เป้าหมาย : ไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน  
คำอธิบาย : การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ การคลอดและ หลังคลอด ๔๒ วันหลังคลอด ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิด ความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องต่อการเกิดมีชีพแสนคน

**กลุ่มเป้าหมาย : หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด**

**สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐**

A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดภายใน ๔๒วัน ทุกสาเหตุยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด

B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๑๘	๑๗	๑๖	๑๕	๑๔

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ ๑๐๐,๐๐๐ คน	อัตรา	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
		๑๓.๗๔	๐.๐๐	๑๖.๓๘

**แหล่งข้อมูล :** จัดเก็บในระดับ รพ.สต./รพช./รพท.

- รายงานการคลอด (ก ๑ ก ๒), ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม
- ความถี่การรายงานทุกเดือน (ประมวลผลทุก ๓ เดือน)

**ระดับการวัด :** ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** ๑.นางอัมรา อ่างทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕  
๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒  
**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางจิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๗๔๘-๑๗๑๖

ตัวชี้วัดที่ ๑.๑ : ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก :

เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐

**คำอธิบาย** : การคลอดมาตรฐาน หมายถึง ๑) มีสถานที่และอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐาน ๒) มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง และ ๓) มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์

๓.๑ การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆ เข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์

๓.๒ ระบบการดูแลผู้คลอด ในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด/แบบประเมิน EFM และตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงการมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist guidelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์

๓.๓ ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร(จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอดเป็นต้น

๔.มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐาน

๕.มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด

(รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์)

**กลุ่มเป้าหมาย** : จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐ

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

A = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

B = จำนวนสถานบริการสุขภาพของรัฐทั้งหมด

**เกณฑ์การให้คะแนน**

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอด มาตรฐาน	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

**แหล่งข้อมูล** : สํารวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน

**ระดับการวัด** : ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด** : ๑.นางอัมรา อํารงทรัพย์

เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๗๔๘-๑๗๑๖

ตัวชี้วัดที่ ๑.๒ : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์  
 หน่วยวัด : ร้อยละ  
 น้ำหนัก :  
 เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐  
 คำอธิบาย : **หญิงตั้งครรภ์ในเขตบริการ** หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ  
 หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์  
 ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์

สูตรการคำนวณ :  $(A/B) \times 100$

A = จำนวนหญิงตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพู  
 บันทึกลงใน ๔๓ แฟ้ม) ANC

B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด(ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม) LABOR

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	๔๓.๖๖	๘๔.๕๑	๘๗.๑๖

แหล่งข้อมูล : จัดเก็บในระดับ รพ.สต./รพช./รพท.

- รายงานการคลอด (ก-๒), ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม
- ความถี่การรายงานทุกเดือน (ประมวลผลทุก ๓ เดือน)

ระดับการวัด : ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นางอัมรา อัจฉริยะทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บ : นางชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๗๔๘-๑๗๑๖

ตัวชี้วัดที่ ๑.๓ : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก :

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๕

**คำอธิบาย :** หญิงตั้งครรภ์ในเขตบริการ หมายถึง หญิงไทยตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกทุกรายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกได้รับการคัดกรองความเสี่ยงตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ในสมุดบันทึกสุขภาพและพบภาวะเสี่ยง

**สูตรการคำนวณ :**  $(A/B) \times 100$

A = จำนวนหญิงตาม B ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงทุกรายที่รับบริการและพบภาวะเสี่ยง

B = จำนวนหญิงไทยที่ตั้งครรภ์ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๑๑	๑๔-๕	๑๘	๒๑-๕	๒๕

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	-	๑๘.๒๕	๔๓.๘๑

**แหล่งข้อมูล :** จัดเก็บในระดับ รพ.สต./รพช./รพท.

๑. รายงานคลินิกฝากครรภ์

๒. ความถี่การรายงานทุกเดือน (ประมวลผลทุก ๓ เดือน)

**ระดับการวัด :** ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** ๑.นางอัมรา อ่างทรัพย์

เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

**ผู้จัดเก็บ :** นางชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๗๔๘-๑๗๑๖

ตัวชี้วัดที่ ๑.๔ : ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก :

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐

คำอธิบาย : **หญิงตั้งครรภ์** หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มาฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขนั้น ๆ

**การฝากครรภ์คุณภาพ** หมายถึง การบริการฝากครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์รายปกติที่ไม่มีความเสี่ยงโดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง พร้อมได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่ ชักประวัติ ตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับวิตามิน ฯลฯ ตามสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการประเมินไม่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงได้มาฝากครรภ์ตามนัด จำนวน ๕ ครั้ง ตามระยะเวลา ดังนี้

ครั้งที่ ๑ เมื่ออายุครรภ์  $\leq 12$  สัปดาห์

ครั้งที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์  $13 - < 20$  สัปดาห์

ครั้งที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์  $20 - < 26$  สัปดาห์

ครั้งที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์  $26 - < 32$  สัปดาห์

ครั้งที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์  $32 - 40$  สัปดาห์

สูตรการคำนวณ :  $(A/B) \times 100$

A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม ANC )

B = จำนวนหญิงไทยทุกรายที่คลอด ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดในเวลาเดียวกัน(ข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม LABOR)

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด/ ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์	๗๓.๒๕	๗๒.๑๔	๗๘.๗๙

แหล่งข้อมูล : จัดเก็บในระดับ รพ.สต./รพช./รพท.

๑. รายงานการคลอด (ก-๒) ,ระบบรายงานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม

๒. ความถี่การรายงานทุกเดือน (ประมวลผลทุก ๓ เดือน)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นางอัมรา อ่างทรัพย์

เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๗๔๘-๑๗๑๖

ตัวชี้วัดที่ ๑.๕ : ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก :

เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๑๖

คำอธิบาย :

**หญิงตั้งครรภ์** หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุขที่ได้รับการตรวจหาระดับฮีมาโตคริต หรือฮีโมโกลบินทั้งหมดในเวลาเดียวกัน

**หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะซีด** หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางและไม่ได้เกิดจากกรรมพันธุ์ โดยดูจากผลการตรวจฮีมาโตคริตที่น้อยกว่าร้อยละ ๓๓ หรือฮีโมโกลบินน้อยกว่า ๑๑ g/dl ที่มารับบริการ

**สูตรการคำนวณ:**

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

A = หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุขที่มีภาวะซีด

B = จำนวนของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกที่ได้รับการตรวจหาระดับฮีมาโตคริต หรือฮีโมโกลบินทั้งหมดในเวลาเดียวกัน

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

๒. ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๘

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๒๖	๒๒	๑๘	๑๔	≤๑๐

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ตัวชี้วัด /	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ภาวะซีดในหญิงตั้งครรภ์ไม่เกินร้อยละ ๑๐	๑๑.๘๘	๑๒.๕๓	๑๑.๓๖

**แหล่งข้อมูล :** จัดเก็บในระดับ รพ.สต./รพช./รพท.

๑. รายงานการคลอด (ก-๒), ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม

๒. รายงานผลการตรวจคัดกรองสุขภาพทารกแรกเกิด ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

๓. รายงานผลการตรวจหาไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์อนามัยที่ ๖ ขอนแก่น

๔. ความถี่การรายงานทุกเดือน (ประมวลผลทุก ๓ เดือน)

**ระดับการวัด :** ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ ระดับตำบล

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** ๑.นางอัมรา อ่างทรัพย์

เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑.นางชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๗๔๘-๑๗๑๖

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓,.....s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๑๒ : ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๖

เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๕

#### คำนิยาม:

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

- เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการ ครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และ ประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน

- เด็กพัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) ร่วมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)

- ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการเด็ก หมายถึง จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

- คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึง แบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง ๕ ปี ใช้คัดกรองเด็กทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติ และดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรมพัฒนาการตามอายุของเด็กใน ๕ ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม

#### วัตถุประสงค์

๑.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย

๒.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ

๓.สร้างความตระหนักรู้ การเลี้ยงดูเด็ก เฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และส่งเสริมพัฒนาการ ด้วยกิจกรรมกิน กอด เล่น เล่า เฝ้าดูช่องปาก นอน กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง

ผู้ประเมิน คือผู้ที่ผ่านการอบรมการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ

สูตรการคำนวณ : ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย

$$= ((A+B)/C) \times 100$$

A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านครบ ๕ ด้าน

B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการ



ติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ ๕ ด้าน  
 C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจ  
 คัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๙๘.๑	๙๘.๓	๙๘.๕	๙๘.๗	๙๘.๙

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ...		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	๙๓.๐๗	๙๖.๘๖	๙๘.๔๖

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

สถานบริการสุขภาพทุกระดับ นำข้อมูลการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถาน  
 บริการฯ เช่น HosXP PCU เป็นต้นและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม

**แหล่งข้อมูล**

ระบบรายงานมาตรฐานกลาง ๔๓ แฟ้ม

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับการดูแลตัวชี้วัด: ๑.นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุพะ เบอร์ติดต่อ ๐๘-๒๓๐๖-๐๖๐๐

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล :นางศุภลียา พัฒนสระคู เบอร์ติดต่อ ๐๖-๒๔๒๖-๓๕๑๕

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓,.....s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๑๓ : ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี  
หน่วยวัด : ร้อยละ  
น้ำหนัก : ๕  
เป้าหมาย : ร้อยละ ๕๔

**คำอธิบาย:**

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

**สูงดี** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

**สมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความระหว่าง +๑.๕ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

**สูงดีสมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว)

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

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** เด็กอายุ ๐-๕ ปี

๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ ๒ ปี

**มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต** หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ ๖ เดือน - ๕ ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ ๖ เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี) ร่วมกับการ บูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ

**ตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุพัฒนาการสมวัย** หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานดังนี้

๑) ประเมินตนเองตามแบบประเมินตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุพัฒนาการสมวัย ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญด้านโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ ใน ๕ setting ได้แก่ สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ชุมชน อปท. ศูนย์เด็กเล็ก และครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้เด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย

๒) จัดทำแผนพัฒนา/ปรับปรุงการดำเนินงานโภชนาการ ทันทสุขภาพ กิจกรรมทางกายการนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ

๓) มีการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้รายละเอียดในหนังสือแนวทางการดำเนินงานตำบลส่งเสริมเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ พัฒนาการสมวัย และแนวทางการดำเนินงานจัดบริการส่งเสริมสุขภาพอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัยด้านโภชนาการและสุขภาพช่องปากในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster: PCC)

## สูตรการคำนวณ

1. ความครอบคลุมเด็กที่ได้รับการชั่งน้ำหนักและวัดความยาว/ส่วนสูง =  $(B2 / B1) \times 100$
2. ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน =  $(A1 / B2) \times 100$
3. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี =  $(A2 / B3)$
4. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี =  $(A3 / B4)$

## รายการข้อมูล

- A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน  
A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง  
A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง  
B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด  
B2 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด  
B3 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด  
B4 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด

## เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๔๒	๔๕	๔๘	๕๑	๕๔

## รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี มีส่วนสูงระดับดี	ร้อยละ	๕๑.๘๔	๕๑.๔๔	๔๘.๖๕
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ชาย	เซนติเมตร	๑๑๐.๖๓	๑๑๐.๔๙	๑๑๑.๖๕
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี หญิง	เซนติเมตร	๑๑๐.๐๑	๑๐๙.๙๖	๑๑๑.๑๗

## วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง มาตรฐาน ๔๓ เพิ่ม

## แหล่งข้อมูล :

สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกสุขภาพเด็กดี) ๒) หมู่บ้าน และ ๓) ศูนย์เด็กเล็ก

ระดับการวัดผล: จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับการดูแลตัวชี้วัด: ๑. นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายัพะ เบอร์ติดต่อ ๐๘-๒๓๐๖-๐๖๐๐

๒. นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางคัทลียา พัฒนสรระคุ เบอร์ติดต่อ ๐๖-๒๔๒๖-๓๕๑๕

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑
ตัวชี้วัดที่ s๑๔	: ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๕ ปี ที่มีปัญหาทางการเรียนจากภาวะสุขภาพ (สมาธิสั้น/บกพร่องทางการเรียนรู้) เข้าถึงบริการ
หน่วยวัด	: ร้อยละ
น้ำหนัก	: ๕
เป้าหมาย	: สมาธิสั้น ร้อยละ ๙ บกพร่องทางการเรียนรู้ ร้อยละ ๕

### คำอธิบาย

**อัตราการเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ประชาชน ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคสมาธิสั้น โรคบกพร่องทางการเรียนรู้ ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีการแพทย์ พฤติกรรมบำบัด จัดทำแผนการเรียนส่วนบุคคล หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางที่เหมาะสมทุกสถานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

**เด็กอายุ ๖ - ๑๕ ปี** หมายถึง เด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ มัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๓ โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ)

**อาการสมาธิสั้น** หมายถึง กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก (ก่อนอายุ ๗ ขวบ) ซึ่งจะมีผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคมกับผู้อื่นของเด็ก กลุ่มอาการนี้ ได้แก่ ขาดสมาธิ (Attention deficit), ขาดความสามารถในการควบคุมตัวเอง (impulsivity), อาการซน (hyperactivity) ที่ได้รับการวินิจฉัย โดยแพทย์

**ภาวะบกพร่องทางการเรียนรู้ (Learning Disability : LD)** หมายถึง โรคที่สมองส่วนแปลงภาษา และ/หรือ สมองส่วนแปลงภาษาสามารถเข้าใจ เนื้อหาที่เรียนได้ ทำให้ผลการเรียนตกต่ำ ทั้งที่ได้รับการเรียนการสอนตามปกติ มีการช่วยเหลือทบทวนแล้ว และเด็กไม่ได้เป็นปัญญาอ่อน ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์

### สูตรการคำนวณ:

#### ๑. อัตราการเข้าถึงบริการเด็กสมาธิสั้น

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นที่เข้าถึงบริการสะสมมาจนถึงปีงบประมาณ ๒๕๕๗ - ๒๕๖๒} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (๕.๔)}}$$

#### สูตรคำนวณคาดประมาณการจำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น

$$\frac{\text{อัตราความชุก (๕.๔)} \times \text{จำนวนประชากรกลางปีที่ปัจจุบัน ในช่วงอายุ ๖ - ๑๕ ปี}}{๑๐๐}$$

#### ๒. อัตราการเข้าถึงบริการเด็กที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียนที่เข้าถึงบริการสะสมมาจนถึงปีงบประมาณ ๒๕๕๗ - ๒๕๖๒} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้นคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (๖)}}$$

## สูตรคำนวณ คาดประมาณการจำนวนผู้ป่วยที่มีภาวะบกพร่องทางการเรียน

อัตราความชุก (๖)  $\times$  จำนวนประชากรกลางปีที่เป็นปัจจุบัน ในช่วงอายุ ๖ - ๑๕ ปี

๑๐๐

### เกณฑ์การให้คะแนน

	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
สมาธิสั้น	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๖	ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๘	ร้อยละ ๙
ภาวะบกพร่องทางการเรียน	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๒	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๔	ร้อยละ ๕

### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
อัตราการเข้าถึงบริการเด็กสมาธิสั้น/ภาวะบกพร่องทางการเรียน	๓.๐๖/๑.๕๗	๔.๕๕/๑.๗๕	๗.๙๗/๑.๓๗

แหล่งข้อมูล : จัดเก็บในระดับ /รพ.สต./รพช./รพศ.

เก็บรวบรวมข้อมูลจากเด็กนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ ๑ - ๖ ,มัธยมศึกษาปีที่ ๑ - ๓ โรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอิตและราชภัฏ)

ระดับจังหวัด : รวมทุกพื้นที่ของจังหวัด

ระดับ รพ.ชุมชน : วัดเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

ระดับ สสอ. : วัดภาพรวมเขตรับผิดชอบ รพ.สต.

ระดับตำบล : วัดเขตรับผิดชอบ ของรพ.สต./ศูนย์แพทย์/เทศบาล/รพ.นอกสังกัด บอกรณท์ หรือค่าเป้าหมาย ที่ใช้วัดความสำเร็จ ในแต่ละช่วงเวลา ตามความเหมาะสมของแต่ละตัวชี้วัด (อาจประเมินทุก ๓ เดือน ๖ เดือน หรือ ปี ตามความจำเป็นของแต่ละตัวชี้วัด)

ระดับการวัด : ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นพ.พิทักษ์พงศ์ พายุหะ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๒๓๐๖-๐๖๐๐

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุนนมาลย์ ขวลิตนิธิกุล เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๕๖๕-๖๐๓๘

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓,.....s๓๑

ชื่อตัวชี้วัดที่ s๑๕ : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๖

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๔

คำอธิบาย : มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ ๗ ข้อ ดังนี้

๑. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ระยะยาว
๒. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
๓. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ
๔. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชน โดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ
๕. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล
๖. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)
๗. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล

หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ

- ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ
- มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรืออสม.

สูตรการคำนวณ :

$$= \frac{\text{จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์} \times 100}{\text{จำนวนตำบลทั้งหมด}}$$

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละ ๗๒	ร้อยละ ๗๔	ร้อยละ ๗๖	ร้อยละ ๗๘	ร้อยละ ๘๐

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	๔๓.๕๒	๗๖.๖๘

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

- จัดเก็บรายงานทุก ๓ เดือน (๓ เดือน ๖ เดือน, ๙ เดือน ๑๒ เดือน) ระดับ รพ.สต./รพช.
- การประเมินผล โดยทีมนิเทศงานจังหวัด/ทีมนิเทศงานและตรวจราชการกระทรวง, กรมอนามัย

**ระดับการวัด :** ระดับอำเภอ**ผู้กำกับการดูแลตัวชี้วัด :** ๑. นางอัมรา อ่างทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๘๐๙๖ ๙๒๒๕ , ๐-๔๓๕๑-๑๗๕๔  
๒. นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๒๐๐๒**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางปิยมณฑิ์ พฤษชาติ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๐๖๑ ๖๕๖๐, ๐-๔๓๕๑-๑๗๕๔ ต่อ ๑๑๕

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓,.....s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๑๖ : ระดับความสำเร็จของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่มีคุณภาพ

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๖

เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐

คำอธิบาย : พิจารณาจากระดับความสำเร็จของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่มีคุณภาพ ดังนี้

**คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (District Health Board : DHB)** หมายถึง การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน เกิดการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ ร่วมกันระหว่างหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยมีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง มีความเป็นเจ้าของและภาวะการนำ โดยบูรณาการและประสานความร่วมมือในการนำไปสู่การสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีสุขภาวะทางกาย จิต และสังคม เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืนสืบไป

**คุณภาพ** หมายถึงการดำเนินการ ดังนี้

๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB)

มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย ๕ ประเด็น ที่เชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถตั้งแต่ระดับ ๔ ขึ้นไปทุกข้อ

**อำเภอ** หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหา ความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทแต่ละพื้นที่

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

กำหนดเป็นระดับขั้น ผลการดำเนินงาน ได้จากการประเมินโดยทีมประเมินระดับจังหวัด โดยกำหนดเป็นระดับขั้น ของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้า ของขั้นการดำเนินงานตามเกณฑ์ แต่ละประเด็น (คะแนนเต็ม ๔๐ คะแนน) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้



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

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน	คะแนน
๑	<p><b>๑. การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team)</b></p> <p>๑.๑. มีคำสั่งคณะกรรมการ DHB ประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ จำนวน ๖ คน ในอำเภอ ซึ่งอย่างน้อยต้องแต่งตั้งจากผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน จำนวน ๑ คน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน ๑ คน เอกชน จำนวน ๖ คน และภาคประชาชน จำนวน ๗ คน</p> <p>๑.๒ มีกำหนดบทบาทหน้าที่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-คณะกรรมการ DHB เข้าใจบทบาทหน้าที่</li> <li>-มีการประชุมอย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี</li> <li>-มีบันทึกสรุปรายงานการประชุมและส่งรายงานการประชุมให้จังหวัดทราบทุกครั้ง</li> </ul> <p>๑.๓ มีการใช้ข้อมูลในการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีข้อมูลสถานการณ์ประเด็นที่เป็นปัญหาทั้ง ๕ ประเด็น กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเสี่ยง สาเหตุและแนวทางแก้ไข</li> </ul> <p>๑.๔ มีโครงการและงบประมาณแก้ปัญหาสุขภาพในภาพรวมของอำเภอ (ODOP)</p> <p>๑.๕ มีการร่วมกันประเมินผลโครงการเพื่อวางแผนพัฒนาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ๔ ครั้งต่อปี</p>	<p>๒๐</p> <p>๔</p> <p>๔</p> <p>๔</p> <p>๔</p> <p>๔</p>
๒	<p><b>๒. การมีส่วนร่วมของชุมชนและเครือข่าย (Community participation)</b></p> <p>๒.๑ มีการจัดทำ MOU การขับเคลื่อนงานตามประเด็นของอำเภอ ๕ ประเด็น กับ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/คณะกรรมการตำบลจัดการสุขภาพ/คณะกรรมการสภาสุขภาพ ฯลฯ</p> <p>๒.๒ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/คณะกรรมการตำบลจัดการสุขภาพ/คณะกรรมการสภาสุขภาพ ฯลฯ จัดทำ MOU การขับเคลื่อนงานตามประเด็นของตำบล ๕ ประเด็น กับ ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข โรงเรียน วัด และกลุ่ม องค์กรอื่น ๆ ในการขับเคลื่อนประเด็นของตำบล</p> <p>๒.๓ แกนนำอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ชมรมออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ แกนนำพระสงฆ์ แกนนำนักเรียน ทำบันทึกข้อตกลงกับประชาชน</p>	<p>๒๐</p> <p>๔</p> <p>๔</p> <p>๔</p>

	<p>กลุ่มเป้าหมาย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม เช่นการ ออกกำลังกาย การกินอาหาร การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ผู้พิการ เป็นต้น</p> <p>๒.๔ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/คณะกรรมการตำบลจัดการสุขภาพ/คณะกรรมการสภาพสุขภาพ ฯลฯ สามารถออกแบบและขับเคลื่อนงานตามประเด็น การเก็บรวบรวมข้อมูล การติดตามประเมินผล และรายงานให้คณะกรรมการ พขอ.ทราบทุกเดือน</p> <p>๒.๕ คณะกรรมการธรรมนูญสุขภาพตำบล/คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล/คณะกรรมการตำบลจัดการสุขภาพ/คณะกรรมการสภาพสุขภาพ ฯลฯ มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมสุขภาพและท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ (Resource sharing)</p>	<p>๔</p> <p>๔</p>
๓	<p>๓.การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการเอง (Appreciation)</p> <p>๑. ความเชื่อใจ ความไว้วางใจของ พขอ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ความเชื่อใจ ความไว้วางใจ</li> <li>- ความน่าเชื่อถือ</li> <li>- ความใกล้ชิด</li> <li>- อุตตา</li> </ul> <p>๒. จิตวิญญาณ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ภาวะผู้นำ</li> <li>- วิธีคิด</li> <li>- พฤติกรรมการแสดงออก จิตอาสา</li> <li>- วัฒนธรรมองค์กร</li> <li>- จิตอาสา</li> </ul> <p>๓. การคิดร่วมกัน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การร่วมคิดจัดการระบบข้อมูล</li> <li>- ร่วมคิดในการจัดทำยุทธศาสตร์ ทำแผน</li> <li>- ร่วมคิดระบบติดตามประเมินผล</li> <li>- ร่วมคิดในระบบสื่อสารภายใน</li> </ul> <p>๔. สนทริยสนทนา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พฤติกรรมการฟัง ฟังอย่างตั้งใจซึ่งกันและกัน</li> <li>- การมีอิสระในการพูด</li> <li>- ความเท่าเทียมในการสนทนา ไม่มีการชักนำ</li> </ul> <p>๕. การเรียนรู้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การออกแบบการเรียนรู้</li> <li>- การวิเคราะห์ สังเคราะห์ ถอดบทเรียน</li> <li>- การนำเสนอเป็นสารสนเทศ</li> <li>- การมีคลังข้อมูล คลังความรู้ที่สามารถเข้าถึง</li> </ul>	<p>๒๐</p> <p>๔</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๕</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๓</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p> <p>๑</p>

๔	๔. การแบ่งปันทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร	๒๐
	<b>การพัฒนาบุคลากร</b> ๑. มีการพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของบุคคลหรือหน่วยงานส่ง เข้ารับการอบรมตามแผนจังหวัด/กระทรวง ๒. มีการพัฒนาบุคลากรที่เน้นพัฒนาองค์ความรู้ (Knowledge, CBL, FM) และทักษะ (Skill)	๔ ๔
	๓. มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงาน ประจำ ๔. มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงาน ประจำนำไปสู่การสร้างสรรค์นวัตกรรม ๕. มีแผนพัฒนาบุคลากรเชื่อมโยงกระบวนการเรียนรู้สู่การปฏิบัติงาน ประจำนำไปสู่การพัฒนาในการเชื่อมโยง การดูแลมิติทางจิตใจและจิตวิญญาณ เข้ากับการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนได้	
๕	<b>การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)</b>	๒๐
	๑. ประเด็นปัญหาของอำเภอที่เลือกมาดำเนินการ บรรลุผ่านเกณฑ์	
	- ประเด็น.....	๓
	- ประเด็น.....	๓
	- ประเด็น.....	๓
	- ประเด็น.....	๓
๒. มีการรายงานผลการดำเนินงานและ <b>ขยายผล</b> ประเด็นสุขภาพ จนเป็นแบบอย่างที่ดีของประชาชนและพื้นที่อื่น	๕	
รวม		๑๐๐

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ระดับความสำเร็จของคณะกรรมการ พัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่มีคุณภาพ	ระดับ			

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

๑. คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) ตามระเบียบ  
สำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
๒. แผนและโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างน้อย ๕ ประเด็น
๓. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ ของ  
หน่วยงาน แบบประเมินตนเอง UCARE
๔. มีการสรุปผลการดำเนินงานทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยการชื่นชมและเยี่ยมเสริมพลัง

ระดับการวัด : CUP  
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายบุญเลิศ พิมพ์ศักดิ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๖๒๒๖ ๒๓๕๔  
ผู้จัดเก็บข้อมูล : ว่าที่ พ.ต.ดร. ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๖๕ ๓๘๐๘

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓,.....s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๑๗ : อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๕

เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐

#### คำอธิบาย:

#### อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre – DM) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่มีค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar : FBS) = ๑๐๐ – ๑๒๕ mg/dl หรือมีค่าการสุ่มวัดระดับกลูโคสในพลาสมา (Random Plasma Glucose : RPG) = ๑๔๐ – ๑๙๙ mg/dl ในปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ ๒๕๖๑) ในเขตรับผิดชอบ

ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ (รหัส ICD – ๑๐ = E๑๐ – E๑๔) ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง (แพ้ม Chronic)

#### สูตรการคำนวณ

$$\text{อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน} = (A/B) \times ๑๐๐$$

#### โดยที่

A = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ซึ่งถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
≥ ๒.๖๐	๑ คะแนน
๒.๕๐	๒ คะแนน
๒.๔๐	๓ คะแนน
๒.๓๐	๔ คะแนน
≤ ๒.๒๐	๕ คะแนน

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	๒.๑๘	๒.๑๐	๒.๓๔ *

\* คำนวณจากข้อมูลรายงานมาตรฐานกลาง (HDC) โดยจำนวนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ ณ วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๑ จำนวน ๒๘,๖๑๓ ราย (Freeze Data) และจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ ณ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๑ จำนวน ๖๗๐ ราย

### เกณฑ์วัดกระบวนการดำเนินงาน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
- อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม $\geq$ ร้อยละ ๓๐	- อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม $\geq$ ร้อยละ ๘๐	- อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม $\geq$ ร้อยละ ๙๐	- อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จาก Pre-DM ไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐
		- อัตราประชากร Pre-DM ในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้ผ่านกระบวนการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานอย่างน้อยร้อยละ ๓๐	

**หมายเหตุ** คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

๑. งดสูบบุหรี่และดื่มควันบุหรี อย่างน้อย ๖ เดือน

๒. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า ๓๐.๐ กก./ม.<sup>๒</sup> ให้ลดน้ำหนักลงร้อยละ ๕ ของน้ำหนักเดิม ภายใน ๑ ปี ด้วย

วิธีการออกกำลังกายและการควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)

๓. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย ๖ เดือน

๔. สถานบริการมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างชัดเจนอย่างน้อย ๑ วิธี

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

๑. รายงานมาตรฐานกลางจาก ๔๓ แห่ง (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง (ปีงบประมาณ) ในรอบ ๑๒ เดือน

**ระดับการวัด** : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด** : นายแพทย์วิษระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางสุภาภรณ์ ทศนพงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๗๔๒๓ ๑๖๖๙ และ ๐๘ ๑๗๖๘ ๓๔๐๔

นางประภาศรี ทูมะลา เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๗ ๑๘๙๑

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓,.....s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๑๘ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ (เปลี่ยนชื่อ KPI)

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๖

เป้าหมาย : ๘๐

คำอธิบาย

การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค มีเป้าหมายให้ประชาชนผู้บริโภคมีความปลอดภัยจากการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ นำไปสู่ลดการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ โดยถูกกำหนดอยู่ในยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ ด้าน”ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค” (Promotion, Prevention & Protection Excellence) แผนงานที่ ๓ การป้องกัน ความคุ้มครองและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โครงการที่ ๙ ส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้านอาหาร และ โครงการที่ ๑๐ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ

ความสำเร็จของการดำเนินงาน ในระดับพื้นที่อำเภอ/ตำบล มุ่งเน้นการวัดที่มาตรการและกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพและครบถ้วน (Process) มากกว่าผลลัพธ์ ทั้งนี้ เป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ระยะ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) ได้กำหนดผลลัพธ์เป็นตัวชี้วัด ร้อยละ ๗๐ ของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย และ ร้อยละ ๙๙ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ/บริการสุขภาพ ที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ๖ ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร (อาหารสดและแปรรูป) ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ การคุ้มครองผู้บริโภคฯ หมายถึงสถานประกอบการที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วย

บริการสุขภาพ หมายถึง สถานพยาบาลเอกชน ได้แก่ โรงพยาบาล คลินิก และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ นวดเพื่อสุขภาพ นวดเพื่อเสริมสวย และสปา

สถานประกอบการที่เกี่ยวข้องด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ

ด้านอาหาร ได้แก่ สถานที่ผลิตน้ำ น้ำแข็ง เครื่องดื่ม เนื้อสัตว์แปรรูป ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน ตู้น้ำดื่มหยอดเหรียญ แผลงปลุก โรงครัวโรงพยาบาล ร้านอาหาร ตลาด ซูเปอร์มาร์เก็ต มินิมาร์ท ร้านค้า ร้านชำ

ด้านยา ได้แก่ สถานที่ผลิตยาแผนโบราณ/ยา ร้านขายยา

ด้านเครื่องสำอาง ได้แก่ สถานที่ผลิตเครื่องสำอาง ร้านเสริมสวย ร้านบิวตี้ มินิมาร์ท ร้านค้า ร้านชำ

การตรวจสอบ ได้แก่ การตรวจเฝ้าระวัง ซึ่งดำเนินการอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง หรือตามสถานการณ์ปัญหา การตรวจประเมินมาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด การตรวจประเมินเพื่ออนุญาตหรือต่ออายุ การตรวจสอบดำเนินการทั้งสถานประกอบการและผลิตภัณฑ์ สำหรับด้านผลิตภัณฑ์ ใช้การตรวจฉลาก ใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น หรือการส่งตรวจวิเคราะห์ ทั้งนี้เป้าหมายของการตรวจสอบจะถูกกำหนดโดยระดับอำเภอ และบางเป้าหมายเป็นการกำหนดร่วมกันกับจังหวัด

มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์มีความถูกต้อง ปลอดภัย (ฉลากถูกต้อง ไม่พบสารปนเปื้อนที่เป็นอันตราย ไม่หมดอายุ เสื่อมสภาพ ฯลฯ) ด้านสถานประกอบการ หมายถึง เป็นสถานประกอบการที่ถูกต้องตามกฎหมาย ได้มาตรฐาน อาทิ มาตรฐานGMP/Primary GMP/GPP/เกษตรอินทรีย์/GAP/โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย/นวดมาตรฐาน/สถานพยาบาลถูกกฎหมาย/ตลาดประชารัฐ Green Market และอื่นๆ

เกณฑ์ประเมิน ประยุกต์จากเกณฑ์ประเมินอำเภอเป็นเลิศด้านการคุ้มครองผู้บริโภค มีค่าคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน ดังนี้

ที่	รายการข้อมูล	ค่าคะแนน	หลักฐาน	เกณฑ์ประเมิน
๑.	มีการบูรณาการงานอาหารปลอดภัย/คุ้มครองผู้บริโภค ในคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)	๕	เอกสารและการประเมิน	มี/ไม่มี
๒.	มีแผนงาน โครงการ (การเฝ้าระวัง การตรวจสอบ การพัฒนาสถานประกอบการ การพัฒนาภาคีเครือข่าย/ผู้บริโภค)	๕	เอกสารและการประเมิน	มี/ไม่มี
๓.	มีการมอบหมายงานผู้รับผิดชอบ และเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการทดสอบความรู้และสมรรถนะ ที่จังหวัดดำเนินการทดสอบ	๕	เอกสารและการประเมิน	
๔.	มีการรายงาน ผลการดำเนินงาน คบส. รายไตรมาส ครบถ้วนทันเวลา	๕	เอกสาร	มี/ไม่มี
๕	มีการพัฒนาสถานประกอบการ วิสาหกิจชุมชน / กลุ่ม OTOP ในพื้นที่	๕	เอกสาร	มี/ไม่มี
๖.	มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น (ดำเนินการจัดหาเอง) ตามเป้าหมายที่อำเภอกำหนด	๑๐	เอกสาร	คำนวณค่าคะแนนเทียบกับเป้าหมาย
๗.	มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยการส่งตรวจวิเคราะห์ตามเป้าหมายที่จังหวัดกำหนด	๑๐	เอกสาร	คำนวณค่าคะแนนเทียบกับเป้าหมาย
๘.	มีการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย ได้แก่ อาหารเสริม เครื่องสำอาง ในท้องตลาด ตามเป้าหมายที่อำเภอกำหนดเป้าหมาย	๑๐	เอกสาร	คำนวณค่าคะแนนเทียบกับเป้าหมาย
๙.	มีการตรวจสอบสถานประกอบการ ในพื้นที่ โดยกำหนดเป้าหมายร่วมกับจังหวัด	๑๕	เอกสาร	คำนวณค่าคะแนนเทียบกับเป้าหมาย
๑๐.	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด	๒๐	เอกสารและการประเมิน	คำนวณค่าคะแนนเทียบกับเป้าหมาย
๑๑.	ผลการตรวจสอบเฝ้าระวังความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยหน่วยงานส่วนกลางและ Mobile Unit ผ่านเกณฑ์ ๑๑.๑ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๖ ๑๐ คะแนน ๑๑.๒ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๑ ๘ คะแนน ๑๑.๓ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๖ ๖ คะแนน ๑๑.๔ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๘๑ ๔ คะแนน ๑๑.๕ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๗๖ ๑ คะแนน ***ผลการดำเนินงาน ปี ๒๕๖๑ ผลิตภัณฑ์สุขภาพของจังหวัดร้อยเอ็ด มีความปลอดภัย ร้อยละ ๙๓***	๑๐	เอกสาร	



ที่	รายการข้อมูล	ค่า คะแนน	หลักฐาน	เกณฑ์ประเมิน
	รวม	๑๐๐ คะแนน		

#### เกณฑ์การให้คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากค่าของคะแนนของผลงานที่ทำได้ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนความสำเร็จ ของการดำเนินงานคุ้มครอง ผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์ สุขภาพและบริการสุขภาพ	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

#### แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- เอกสารที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การมอบหมายงาน แผนงาน/โครงการ แบบรายงาน คบส.ไตรมาส
- รายงานผลการตรวจผลิตภัณฑ์ ด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น ที่อำเภอดำเนินการเอง / รายงานการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ผิดกฎหมาย อันตรายในพื้นที่
- ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์จากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ และหน่วยตรวจสอบความปลอดภัยเคลื่อนที่ (Mobile Unit)
- ผลการตรวจประเมินสถานประกอบการที่เกี่ยวข้อง
- ผลการตรวจประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

#### ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นายมานิตย์ ทวีหันท์ เกษัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัช  
สาธารณสุข โทร ๐๘๙ ๕๗๗ ๕๔๔๔ Email : manit๒๕๐๙@gmail.com

#### ผู้จัดเก็บข้อมูล

นส.พัฒนสมญาค์ คำสีแก้วรัตน์ เกษัชกรชำนาญการ โทร ๐๘๑ ๑๖๗๐ ๔๑๗๗ Email :  
sopacumsikaw@gmail.com

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๑๙ : ระดับความสำเร็จของอำเภอมีการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ๕

เป้าหมาย : ระดับ ๕

คำอธิบาย : พิจารณาจากระดับความสำเร็จ ดังนี้

อำเภอมีการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนหมายถึงอำเภอมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน ๔ ประเด็น ดังนี้

๑. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ

๒. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และในชุมชนครอบคลุมทุกแห่ง ให้ถูกต้องตามกฎหมาย (ร้อยละ ๑๐๐)

๓. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐานEHA(๑ใน๔ระบบคือ ๑) ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหาร ๒) ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ๓) ด้านการจัดการมูลฝอย๔) ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล)

๔. มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)

๕. ผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพระดับดีขึ้นไป

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ คะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน
๑	มีข้อมูลพื้นฐานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ อย่างน้อย ๔ เรื่อง ๑) ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหาร ๒) ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ๓) ด้านการจัดการมูลฝอย ๔) ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล และข้อมูลพื้นฐานพื้นที่เสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ (ถ้ามี) เช่น โรงไฟฟ้าชีวมวลการประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามพ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ โดยพื้นที่ต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล ด้วยการบันทึกข้อมูลในโปรแกรม NEHIS (ระบบสารสนเทศอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย) และจัดทำฐานข้อมูลของพื้นที่ให้เป็นปัจจุบัน
๒	มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชนครอบคลุมทุกแห่ง ให้ถูกต้องตามกฎหมาย (ร้อยละ ๑๐๐)
๓	๓.๑ มีการประสานงาน เพื่อพัฒนาความร่วมมือการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม เช่น มีการประชุมร่วมเป็นที่ปรึกษาหารือความร่วมมือในประเด็นการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ EHA อย่างน้อย ๑ เรื่อง ได้แก่ ๑) ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหาร ๒) ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ๓) ด้านการจัดการมูลฝอย ๔) ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล ๓.๒ สนับสนุนและร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นประเมินผลตนเองในการพัฒนาคุณภาพตามระบบการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ (EHA) อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี
๔	มีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) ร้อยละ ๖๐ ของตำบล
๕	ผ่านเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพระดับดีขึ้นไป

เงื่อนไข : สิ่งสนับสนุน :

คู่มือแนวทางการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คู่มือปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเรื่องการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม

แบบฟอร์มเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ระดับอำเภอ

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

การนิเทศติดตาม ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินการดำเนินงานเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพระดับอำเภอและการรายงานตามแบบรายงานที่กำหนด

ระดับการวัด :CUP

ผู้ควบคุมกำกับ:

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางมาลา สรรพวุธ

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๗๘๖๕-๔๔๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวีรพล ศรีทอง

เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๗๙๔๕-๙๘๖๔

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ชื่อตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ	
ตัวชี้วัดที่ s๒๑๐	ระดับความสำเร็จของการขับเคลื่อนการจัดตั้งคลินิกหออัครอบคร้วที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster) ปี ๒๕๖๒ <b>(รอปรับปรุง)***</b>
คำนิยาม	<p><b>ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง</b> การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิ ( FCT ) รวม ๓ ทีม เป็นเครือข่ายการดูแลสุขภาพที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหออัครอบคร้ว ๑ ทีม ให้การดูแลสุขภาพประชาชนประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน ± ๒๐%</p> <p><b>ใน FCT ๑ ทีม ประกอบด้วย</b> แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ๒ คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๒คน รวมทีมให้บริการ ๓ ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๑ Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลสุขภาพประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ ๑ คนเภสัชกร ๑ คน และนักกายภาพบำบัด ๑ คนทันตภิบาล ๑ คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ๑ คนแพทย์แผนไทย ๑ คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๑ อาจเริ่มต้นที่ ๕๐%)</p> <p><b>พื้นที่ที่มีคลินิกหออัครอบคร้ว (Primary Care Cluster) หมายถึง</b> จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหออัครอบคร้ว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหออัครอบคร้ว ๑๐ ปี</p>
น้ำหนัก	ร้อยละ ๓
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหออัครอบคร้ว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
กลุ่มเป้าหมาย	คลินิกหออัครอบคร้ว ที่ดำเนินการ ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๑ และลงทะเบียนดำเนินการ ปี ๒๕๖๒
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล การลงทะเบียนคลินิกหออัครอบคร้ว สำนักปฐมภูมิ และคลินิกหออัครอบคร้วแบบลงทะเบียนการจัดตั้งคลินิกหออัครอบคร้ว
แหล่งข้อมูล	<p>๑ คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนคลินิกหออัครอบคร้ว</p> <p>๒.แผนดำเนินงานคลินิกหออัครอบคร้ว ระยะ ๑๐ ปี( แผน ๒๕๕๙-๒๕๖๙)</p> <p>๓.ผลการประเมินการจัดตั้งคลินิกหออัครอบคร้ว ๓ S Staff Structure System</p> <p>๔.ฐานข้อมูล สปค.</p>



S	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๒๑๑.๑ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๒

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

คำอธิบาย:

ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA<sub>1c</sub> ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ (ปีงบประมาณ ๒๕๖๒)

ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD - ๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ หรือ ๓

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้

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

โดยที่ A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
≤๒๐	๑ คะแนน
๒๕	๒ คะแนน
๓๐	๓ คะแนน
๓๕	๔ คะแนน
≥๔๐	๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	๒๗.๐๑	๒๐.๑๑	๒๕.๓๕ *

\* ฐานข้อมูลรายงานมาตรฐานกลาง (HDC) ณ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๑

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รายงานมาตรฐานกลางจาก ๔๓ แห่ง (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์วิษระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาภรณ์ ทิศนพวงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๗๔๒๓ ๑๖๖๙ และ ๐๘ ๑๗๖๘ ๓๔๐๔

นางประภาศรี ทูมะลา เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๗ ๑๘๙๑

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๒๑๑.๒ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๑

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐

คำอธิบาย: ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ๒ ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ก็ตาม

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = ๑๐ - ๑๑ และ Type area = ๑ และ ๓

สูตรการคำนวณ : ร้อยละของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

$$= (A/B) \times ๑๐๐$$

โดยที่ A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด

B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
≤ ๔๖	๑ คะแนน
๔๘	๒ คะแนน
๕๐	๓ คะแนน
๕๒	๔ คะแนน
≥ ๕๔	๕ คะแนน

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๓๓.๖๖	๔๖.๒๔	๕๑.๙๕ *

\* ฐานข้อมูลรายงานมาตรฐานกลาง (HDC) ณ วันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๑

#### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รายงานมาตรฐานกลางจาก ๔๓ แฟ้ม (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์วัชร เยี่ยมรัมย์กุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาภรณ์ ทศนพงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๗๔๒๓ ๑๖๖๙ และ ๐๘ ๑๗๖๘ ๓๔๐๔

นางประภาศรี ทูมะลา เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๗ ๑๘๙๑

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๒๑๒ : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมองลดลง

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๒

เป้าหมาย : น้อยกว่าร้อยละ ๗

คำอธิบาย: ๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน โรงพยาบาล (admit นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรค หลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)

๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออก จากโรงพยาบาลในทุกสถานะทุกกรณี

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
≤ ร้อยละ ๗	≤ ร้อยละ ๗	≤ ร้อยละ ๗	≤ ร้อยละ ๗

### สูตรคำนวณตัวชี้วัด

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

โดย A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหออผู้ป่วย

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหออผู้ป่วย ในช่วงเวลาเดียวกัน

แหล่งข้อมูล : ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD - ๑๒ แพ้ม) จากหน่วยบริการแต่ละแห่งรวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ระดับการวัด : จังหวัด/รพช.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์วัชร เยี่ยมรัมย์กุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวภรณ์ ทศนพงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๗๔๒๓ ๑๖๖๙ และ ๐๘ ๑๗๖๘ ๓๔๐๔

นางสาวศศิวิมล วิบูลย์ชัย เบอร์ติดต่อ



s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๑๑๓ : ร้อยละคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU)

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๓

เป้าหมาย : ๗๕

#### คำอธิบาย:

โรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล เป็นข้อตกลงการปฏิบัติราชการของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (Performance Agreement) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ มีเป้าหมายให้มีการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย ลดค่าใช้จ่ายด้านยา ลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา และการใช้ยาไม่เหมาะสม

#### มาตรการดำเนินงาน ประกอบด้วย

๑. โรงพยาบาลดำเนินการกิจกรรมตามกฎแพ่ง PLEASE โดยมุ่งเน้น โรคติดเชื้อ ๔ โรค และประชากรกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม คือ CKD ผู้สูงอายุ และ สตรีตั้งครรภ์

๒. ส่งเสริมความรู้และตระหนักในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลใน รพ. รพ.สต. และชุมชน

๓. เผื่อระวังและจัดการการกระจายยา Antibiotic/Steroid/NSAIDs ในร้านชำและชุมชน

**การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล** เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่าย บริการสุขภาพ ระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU๑ และ RDU๒

-RDU๑ หมายถึง โรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล ชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตามเกณฑ์

-RDU๒ หมายถึง หน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการ ปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบ ใน ๒ โรค ตามเกณฑ์เป้าหมาย

ทั้งนี้ ความสำเร็จของ RDU มีทั้งสิ้น ๓ ชั้น ในปี ๒๕๖๑ โรงพยาบาลของจังหวัดร้อยเอ็ด ผ่านชั้น RDU๑ ร้อยละ ๑๐๐ และผ่านชั้น RDU๒ ร้อยละ ๕

สำหรับ ในปี ๒๕๖๒ ได้กำหนดให้ผ่าน RDU ชั้นที่ ๑  $\geq$  ร้อยละ ๙๕ RDU ชั้นที่ ๒  $\geq$  ร้อยละ ๒๐ เกณฑ์ประเมิน เพื่อให้มีการดำเนินงานที่ครอบคลุมมาตรการที่กำหนด จึงกำหนดประเมินจากค่าคะแนน ความสำเร็จของการดำเนินงาน เป็นค่าคะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน ดังนี้

๑. ด้าน RDU๑ (คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน) เป็นเกณฑ์ประเมินสำหรับโรงพยาบาล มี ๑๓ ข้อ ดังนี้

ลำดับ	ตัวชี้วัด	เกณฑ์
๑.	ร้อยละของรายการยาที่สั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ	รพ.ระดับ A ≥ ร้อยละ ๗๕ S ≥ ร้อยละ ๘๐ M๑-M๒ ≥ ร้อยละ ๘๕ F๑-F๓ ≥ ร้อยละ ๙๐
๒.	ประสิทธิผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ PTC ในการขึ้นนำสื่อสารและส่งเสริมเพื่อนำไปสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	ระดับ ๓
๓.	การดำเนินงานในการจัดทำฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริม และเอกสารข้อมูลยาใน ๑๓ กลุ่ม ที่มีรายละเอียดครบถ้วน	รายการยา ๑๓ กลุ่ม
๔.	รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล	≤ ๑ รายการ
๕.	การดำเนินงานเพื่อส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อและส่งเสริมการขายยา	ระดับ ๓
๖.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก	≤ ร้อยละ ๒๐
๗.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	≤ ร้อยละ ๒๐
๘.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ	≤ ร้อยละ ๔๐
๙.	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด	≤ ร้อยละ ๑๐
๑๐.	ร้อยละของผู้ป่วยที่ใช้ glibenclamide ในผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปีหรือมี eGFR น้อยกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตารางเมตร	≤ ร้อยละ ๕
๑๑.	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยากลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ ร้อยละ ๕
๑๒.	ร้อยละผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ ร้อยละ ๑๐
๑๓.	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ ยา warfarin*, statins, ergots เมื่อรู้ว่าตั้งครรภ์แล้ว (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	๐ คน

$$\text{สูตรคำนวณคะแนน RDU๑} = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์} \times ๕๐}{๑๓}$$

๒.ด้าน RDU ๒ (คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน) ประเมินใน ๒ ด้าน คือ

๒.๑ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์การใช้ ATB ในกลุ่มอาการ/โรค URI และ AD ทั้ง ๒ โรค ผ่านเกณฑ์เป้าหมาย : ใช้ ATB ไม่เกินร้อยละ ๒๐ (๒๕ คะแนน)

$$\text{สูตรคำนวณคะแนน RDU๒.๑} = \frac{\text{จำนวนรพ.สต.ที่ใช้ ATB ไม่เกินร้อยละ ๒๐} \times ๒๕}{\text{จำนวน รพ.สต.ที่มีทั้งหมด}}$$

๒.๒ จำนวน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ที่ผ่านเกณฑ์การใช้ยาอย่างปลอดภัยในชุมชน : RDU in Community (๒๕ คะแนน)

$$\text{สูตรคำนวณคะแนน RDU๒.๒} = \frac{\text{จำนวนรพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ RDU in Community} \times ๒๕}{\text{จำนวน รพ.สต.ที่มีทั้งหมด}}$$

## เกณฑ์การให้คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากคะแนนของผลงานที่ทำได้ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานโรงพยาบาลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลผล (RDU๑+RDU๒.๑+RDU๒.๒)	๖๕	๖๐	๗๕	๘๐	๘๕

\*\*\*ปี ๒๕๖๑ จังหวัดร้อยเอ็ด มีคะแนนผลงานที่ ระดับ ๖๕ คะแนน

## แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จากโปรแกรม HDC
๒. จากการประเมิน นิเทศ ติดตาม
๓. จากการประเมิน ตามโครงการยาปลอดภัยในชุมชน ปี ๒๕๖๒ : RDU in Community

## ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

นายมานิตย์ ทวีพันธ์ เกษีกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  
โทร ๐๘๙ ๕๗๗ ๕๔๔๔ Email : [manit๒๕๐๙@gmail.com](mailto:manit๒๕๐๙@gmail.com)

## ผู้จัดเก็บข้อมูล

นางขวัญสุดา โกวิทางกูร เกษีกรชำนาญการ โทร ๐๖ ๑๖๙๒ ๔๒๔๒ Email :  
[khuan๑๐๑@gmail.com](mailto:khuan๑๐๑@gmail.com)

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๒๑๔ : โรงพยาบาลมีการดำเนินงานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

(รอปรับปรุง)\*\*\*

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๓

เป้าหมาย : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การดำเนินงานดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ทุกขั้นตอน

คำอธิบาย:

การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายตามแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยดูแลให้ครอบคลุมเรื่อง Body, Mind, Psychosocial and Spiritual support และบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนต่างๆ (Symptoms Control) โดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient and Family Center) มุ่งเน้นกิจกรรม Family meeting, Advance care plan เป็นต้น

กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย) ได้แก่

๑. โรคมะเร็ง
๒. Neurological Disease /Stroke
๓. โรคไตในระยะเวลาที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต
๔. Pulmonary and Heart Disease
๕. Multiple Trauma Patient
๖. Infectious Disease HIV/AIDS
๗. Pediatric
๘. Aging /Dementia

โดยมี Criteria ของผู้ป่วยที่เข้าสู่ภาวะ Palliative Care ดังนี้

๑. ผู้ป่วยมีการถดถอยของการประกอบกิจกรรมประจำวันหรือนอนมากกว่าร้อยละ ๕๐ ของวันต้องพึ่งพิงมากขึ้น
    - การประเมินสมรรถนะอาจใช้ PPS  $\leq$  ร้อยละ ๕๐ หรือ
    - การประเมิน Functional Assessment ได้แก่ Karnofsky Score (KPS)  $\leq$  ร้อยละ ๕๐ หรือ ECOG  $\geq$  ๓ เป็นต้น
  ๒. Multiple Co-morbidity ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความสำคัญ
  ๓. โรคอยู่ในระยะลุกลาม ไม่คงตัว มีอาการซับซ้อนที่ไม่สุขสบายมาก
  ๔. Terminal Delirium
  ๕. Cachexia, น้ำหนักลดต่อเนื่อง, Serum albumin  $<$  ๒.๕ mg/dl ต่อเนื่อง
  ๖. Persistent Hypercalcemia
  ๗. ไม่ตอบสนองต่อการรักษา
  ๘. ผู้ป่วย/ครอบครัวเลือกที่จะไม่รักษาตัวโรคต่อไปอย่างเต็มที่
  ๙. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างไม่คาดหมายบ่อยครั้ง
- มีเหตุการณ์ที่มีผลกระทบ เช่น การล้มรุนแรง ภาวะสูญเสีย การรับเข้าดูแลในสถานพยาบาล/บริบาล

วิธีการประเมินผล :โรงพยาบาลทุกระดับผ่านเกณฑ์ประเมินทุกขั้นตอน ดังนี้

รอบประเมิน

วิธีการประเมินผล

รอบ ๓ เดือน  
ขั้นตอนที่ ๑

โรงพยาบาลระดับ A

โรงพยาบาลระดับ M๒, F ๑-๓

- ๑.๑ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง หรือ ศูนย์การดูแลแบบประคับประคองที่ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาที่เกี่ยวข้อง
- ๑.๒ มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
- ๑.๓ มีการกำหนดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล
- ๑.๔ มีการจัดตั้งงานการดูแลแบบประคับประคองเป็นหน่วยบริการหนึ่งในกลุ่มงานการพยาบาลมอบหมายให้พยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care รับผิดชอบเต็มเวลา
- ๑.๕ มีระบบบริการ หรือ Function การทำงานที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ๑.๖ มีการรักษา/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication ≥ ร้อยละ ๓๐ ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือกเช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น
- ๑.๗ มีแพทย์ผ่านการอบรมด้าน Palliative เป็นประธานหรือกรรมการร่วมทีมพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองของโรงพยาบาล
- ๑.๘ ผู้ป่วยและครอบครัว (ผู้ป่วยนอก หรือผู้ป่วยใน) ได้รับการให้ข้อมูลจากกิจกรรม Family Meeting และมีการทำ Advance Care Planning (ACP) ≥ ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่

- ๑.๑ มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการดูแลแบบประคับประคอง
- ๑.๒ มีการแต่งตั้งเลขานุการ ซึ่งเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
- ๑.๓ มีแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในกลุ่มโรคสำคัญของโรงพยาบาล
- ๑.๔ มีหน่วยบริการการดูแลแบบประคับประคองพร้อมพยาบาลที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care
- ๑.๕ มีระบบบริการ หรือ Function การทำงาน ที่แสดงถึงการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ๑.๖ มีการรักษา/ดูแล/บรรเทาด้วย Strong Opioid Medication ≥ ร้อยละ ๒๐ ของจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Palliative Care และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือกเช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจิตบำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น
- ๑.๗ มีการทำ ACP ผู้ป่วยและครอบครัว ≥ ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วย Palliative รายใหม่
- ๑.๘ มีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการทุติยภูมิ และ ปฐมภูมิ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

รอบประเมิน	วิธีการประเมินผล	
	โรงพยาบาลระดับ A	โรงพยาบาลระดับ M๒, F ๑-๓
รอบ ๓ เดือน ขั้นตอนที่ ๑ (ต่อ)	๑.๙ มี Pain Clinic หรือ Palliative Care Clinic และมีการจัดการดูแลแบบการแพทย์แผนไทยและ/หรือการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง เช่น การฝังเข็มในแพทย์แผนจีน หรือการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ เช่นการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หรือการดูแลแบบประคับประคอง เช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจุذبำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น	
รอบ ๖ เดือน ขั้นตอนที่ ๒	๒.๑ มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองอย่างน้อย ๑ กิจกรรม/โครงการ	๒.๑ มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรมที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองอย่างน้อย ๑ กิจกรรม/โครงการ ๒.๒ มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับ ปฐมภูมิ ให้สามารถดูแล/บรรเทา ด้วยการดูแลแบบการแพทย์แผนไทย หรือ การแพทย์ทางเลือกเช่น สวดมนต์บำบัด สมาธิบำบัด กตจุذبำบัด การปรับสมดุลร่างกาย เป็นต้น
รอบ ๙ เดือน ขั้นตอนที่ ๓	๓.๑ มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่ม การเข้าถึงการได้รับดูแลแบบ ประคับประคอง ๓.๒ มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการประเมิน ความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการจัดหาให้ เพียงพอ	๓.๑ มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการรับ-ส่งต่อที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษรและมีการประกาศใช้ มีการดำเนินการตามแนวทางเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และเพิ่ม การเข้าถึงการได้รับดูแลแบบ ประคับประคอง ๓.๒ มีคลังอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนผู้ป่วย ให้สามารถยืมไปใช้ที่บ้านได้โดยมีการ ประเมินความต้องการใช้อุปกรณ์ และมีการ จัดหาให้เพียงพอ
รอบ ๑๒ เดือน ขั้นตอนที่ ๔	๔.๑ มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำ และปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระ สิ้นสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต) $\geq$ ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP	๔.๑ มีการติดตามประเมินการบรรลุเป้าหมาย (Goal) ตาม Advance Care Plan ที่ได้ทำ และปรับเปลี่ยนร่วมกันของผู้ป่วย/ครอบครัวและทีมสุขภาพ จนถึงวาระ สิ้นสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต) $\geq$ ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ACP

๔.๒ มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R๒R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking) อย่างน้อย ๑ เรื่อง / โรงพยาบาล

๔.๒ มีงานวิจัย หรืองานพัฒนาคุณภาพ (R๒R, Mini Research, CQI) หรือ Best /Good Practice ด้านการดูแลแบบประคับประคอง และมีการเทียบเคียง (Benchmarking) อย่างน้อย ๑ เรื่อง / โรงพยาบาล

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
ผ่านขั้นตอนที่ ๑	๑ คะแนน
ผ่านขั้นตอนที่ ๑ -๒	๒ คะแนน
ผ่านขั้นตอนที่ ๑ -๓	๓ คะแนน
ผ่านขั้นตอนที่ ๑ -๔.๑	๔ คะแนน
ผ่านขั้นตอนที่ ๑ -๔.๒	๕ คะแนน

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
โรงพยาบาลมีการดูแลแบบประคับประคองตามเกณฑ์	ร้อยละ	-	๑๐๐ (เกณฑ์เขต ๗)	๕๐ (เกณฑ์กรมการแพทย์)

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

๑. รายงานผลการดำเนินงานที่ดำเนินการตามขั้นตอนที่กำหนดจากโรงพยาบาล
๒. ประเมินผลทุกไตรมาส

ระดับการวัด : รพ.

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :** นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** นางสุภาภรณ์ ทศนพงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๗๔๒๓ ๑๖๖๙  
นางสาวศศิวิมล วิบูลชัย เบอร์ติดต่อ

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, ... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๒๑๕ : อัตราตายด้วยโรคมะเร็งลดลง (รอปรับปรุง)\*\*\*

๒๑๕.๑ ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนด

๒๑๕.๒ อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ/มะเร็งท่อน้ำดีลดลง

๒๑๕.๓ อัตราตายจากมะเร็งปอดลดลง

ตัวชี้วัดที่ : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรกได้รับการรักษาในเวลาที่กำหนด

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๑

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๕

คำอธิบาย :

๑) มะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ (C๒๒๐-C๒๒๙) มะเร็งปอด (C๓๔๐-C๓๔๙) มะเร็งเต้านม (C๕๐๐-C๕๐๙) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘๐-C๒๐๙) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓๐-C๕๓๙)

๒) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัดหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (๒๘ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เขียนยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา

- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย ทางรังสีวิทยา เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่น่าผลมาตัดสินใจให้การรักษา มะเร็ง เป็นต้น

- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงาน จังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

๓) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เขียนยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษา ผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๑. ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

๔) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห์ (๔๒ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เขียนยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษา มะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา

- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษา ผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)



- ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มี การรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้ หลักการเดียวกับข้อ ๑.ระยะเวลาการรอดคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

หมายเหตุ การรายงานตัวชีวิตผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ๕ โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)

<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย:</b></p> <p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ ๘๕</p> <p>๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ ๘๕</p> <p>๓. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ <math>\geq</math> ร้อยละ ๘๕</p>
--

เกณฑ์การให้คะแนน :

ร้อยละ	คะแนน
๗๕	๑ คะแนน
๘๐	๒ คะแนน
๘๕	๓ คะแนน
๙๐	๔ คะแนน
๙๕	๕ คะแนน

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล**

- จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา
- จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอดคอยของแต่ละการรักษา ได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวลผล ได้แก่
  - วันที่ตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ยืนยันโรค และนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ
  - วันที่ผ่าตัด (Operation date) เพื่อการรักษา
  - วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย
  - วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย กรณีการวินิจฉัยไม่สามารถตัดชิ้นเนื้อ
  - วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง

**แหล่งข้อมูล**

- จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ Cancer Informatics ของโรงพยาบาล )
- หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง

**ชุดข้อมูล (A)**

$A_{(S)}$  = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา  $\leq 4$  สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

$A_{(C)}$  = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด  $\leq 6$  สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

$A_{(R)}$  = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา  $\leq 6$  สัปดาห์ นับตามเกณฑ์ที่กำหนด

### ชุดข้อมูล (B)

$B_{(S)}$  = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

$B_{(C)}$  = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

$B_{(R)}$  = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน

### สูตรคำนวณตัวชี้วัด

$$((A_{(S)} / B_{(S)}) + (A_{(C)} / B_{(C)}) + (A_{(R)} / B_{(R)})) / 3 \times 100$$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๒ และ ๔

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์วัชร เยี่ยมรัมย์กุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาภรณ์ ทิศนพวงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๗๔๒๓ ๑๖๖๙

ตัวชี้วัดที่ ๒๑๕.๒: อัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีลดลง

หน่วยวัด : อัตรา

น้ำหนัก : ๑

เป้าหมาย : ลดลง ร้อยละ ๕

คำอธิบาย:

อัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี หมายถึง จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี (รหัส ICD-๑๐ = C๒๒, C๒๔) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น

เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีลดลงไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕ เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ๒๕๕๙ (๗๖.๗๕ ต่อแสนประชากร)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

๑. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี =  $(A/B) \times ๑๐๐,๐๐๐$

โดยที่ A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-๑๐ = C๒๒, C๒๔)

B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน

๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีลดลง =  $((B - A)/A) \times ๑๐๐$

โดยที่ A = อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีก่อนปีงบประมาณที่วิเคราะห์

B = อัตราอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
๔	๑ คะแนน
๔.๕	๒ คะแนน
๕	๓ คะแนน
๕.๕	๔ คะแนน
๖	๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อัตราตายจากโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี	อัตรา	๙๒๑ (๗๐.๓๙)	๑,๐๐๔ (๗๖.๗๕) เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๑.๙๐	๗๘๔ (๕๙.๙๔) ลดลง ร้อยละ ๙.๐๔

ที่มา : รายงานข้อมูลสาเหตุการตาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (ฐานข้อมูลสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย)

แหล่งข้อมูล ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร

ระดับการวัด : จังหวัด/ CUP

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์วัชร เยี่ยมรัมย์กุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๖๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาภรณ์ ทศนพงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๗๔๒๓ ๑๖๖๙

ตัวชี้วัดที่ ๒๑๕.๓ : อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลง

หน่วยวัด : อัตราต่อแสนประชากร

น้ำหนัก : ๑

เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ ๕

คำอธิบาย :

อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-๑๐ = C๓๓ - C๓๔) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น

เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลง ร้อยละ ๕ เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ๒๕๕๙ (๑๙.๘๒ ต่อแสนประชากร)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด :

๑. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด =  $(A/B) \times ๑๐๐,๐๐๐$

โดยที่ A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-๑๐ = C๓๓, C๓๔)

B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน

๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด =  $((B - A)/A) \times ๑๐๐$

โดยที่ A = อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดก่อนปีงบประมาณที่วิเคราะห์

B = อัตราอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
๔	๑ คะแนน
๔.๕	๒ คะแนน
๕	๓ คะแนน
๕.๕	๔ คะแนน
๖	๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด	อัตรา	๒๔๘ (๑๘.๙๕)	๒๕๘ (๑๙.๘๒) เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๔.๐๖	๒๗๓ (๒๐.๘๗) เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕.๕๐

ที่มา : รายงานข้อมูลสาเหตุการตาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด (ฐานข้อมูลสำนักทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย)

แหล่งข้อมูล : ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร

ระดับการวัด : จังหวัด/ CUP

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์วัชร เยี่ยมรัมย์กุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาภรณ์ ทศนพงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๗๔๒๓ ๑๖๖๙

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, ... s๓๑

โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
ลักษณะ	Lagging Indicator
ระดับการวัดผล	จังหวัดร้อยเอ็ด
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	s๒๑๖ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr
น้ำหนัก	ร้อยละ ๒
คำนิยาม	-eGFR หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinine ที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI -ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ ๓-๔ เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N๑๘๓-๑๘๔, (N๑๘๙ ที่มี ๖๐ > eGFR ≥ ๑๕) หรือ ( E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒ หรือ I๑๒*, I๑๓*, I๑๕๑) ที่มี ๖๐ > eGFR ≥ ๑๕ ) และมีการตรวจคำนวณ eGFR (LABTEST ๑๕) ≥ ๒ ค่า หากมีค่า eGFR ๑ ค่าใน ๑ ปี จะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้ และสัญญาชาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส ๐๙๙) เท่านั้น

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าร้อยละ ๖๗ เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ ๒๕๖๒

	ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
	≥ ๖๕%	≥ ๖๖%	≥ ๖๗%	≥ ๖๘%	≥ ๖๙%
วัตถุประสงค์	เพื่อชะลอความเสื่อมไต ในผู้ป่วย CKD				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย CKD				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- เก็บทันที (real time แบบอัตโนมัติจากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม) (ใช้ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก) - การคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR ต้องมี creatinine ≥ ๒ ค่าในปีงบประมาณนั้นๆ - หน่วยที่ใช้ในการวัด เป็นร้อยละ				
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔ ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓ m <sup>๒</sup> /yr x ๑๐๐				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๓-๔				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐				
ระยะเวลาประเมินผล	ตามรอบการตรวจราชการปกติ				

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	-	-	ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr ≥ ๖๗%

**เกณฑ์การให้คะแนน**

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากคะแนนของผลงานที่ทำได้ ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ผู้ป่วยCKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๔ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙

วิธีการประเมินผล :	ตามตารางท้าย KPI Template					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
	-	ร้อยละ	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
			๕,๒๒๗/๘,๒๑๖	๑๐,๕๐๐/๑๔,๒๕๘	๘,๙๑๕/๑๒,๘๓๖	๗,๓๘๑/๙,๙๕๑
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต จังหวัดร้อยเอ็ด					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางบุษบา บัวผัน โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓-๕๑๓๗๕๔ โทรสาร : ๐๔๓-๕๑๑๐๘๗		ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๘-๐๕๖๔๓๘๑ E-mail : buds๑๐๑@hotmail.com			

s strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)

ตัวเลขชุดที่ ๑ Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)

ตัวเลขชุดที่ ๒ ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, ... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๒๑๗.๑ ร้อยละของผู้ติดยาเสพติดคงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน ๑ ปี (Retention Rate)

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๑

คำอธิบาย : ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ที่เข้ารับการบำบัดรักษา และมีคะแนนแบบประเมินตามแบบคัดกรอง บคก. กสร.๖๒ จำแนกเป็นผู้ติด (Dependence) คะแนน ๒๗ ขึ้นไป

สูตรการคำนวณ :

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

A = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่อง ๑ ปี หลังจำหน่าย  
B = จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ  
พ.ศ. ๒๕๖๑ จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด (Leading Indicator)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕
ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๒	ร้อยละ ๒๔	ร้อยละ ๒๖

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	๒๐	๒๐	๒๐

ปี ๒๕๖๓

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	๒๒	๙๐	๙๐

ปี ๒๕๖๔

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	๒๔	๙๐	๙๐

ปี ๒๕๖๕

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	๒๖	๙๐	๙๐

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒

เงื่อนไข : หลังการบำบัดครบให้มีการติดตามต่อเนื่องอย่างน้อย ๔ ครั้ง ใน ๑ ปี

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด Baseline data indication	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน ๑ ปี (Retention Rate)	ร้อยละ	-	-	-

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

หน่วยบริการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานะข้อมูลบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐-๘๑๙๗-๔๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางปิยกัญญา แก่นวิชา เบอร์ติดต่อ : ๐-๙๑๘๖-๗๙๓๙๐



ตัวชี้วัดที่ ๕๒๑๗.๒ ร้อยละผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจากการบำบัดรักษา  
 ครบตามกำหนด (๓ month Remission rate) ติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน ๑ ปี  
 (Retention Rate)

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๑

คำอธิบาย : ผู้ใช้ ผู้เสพยาเสพติด หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมี คะแนนประเมิน  
 ตามแบบคัดกรอง บคก. กสธ. V๒ จำแนกเป็นผู้ใช้ (User) คะแนน ๒ - ๓ และผู้เสพ (Abuse) คะแนน ๔ - ๖

สูตรการคำนวณ :

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

A = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่บำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วหยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจาก  
 การบำบัดรักษาครบตามกำหนด และติดตามแล้วพบตัว

B = จำนวนผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑  
 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด (Leading Indicator)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕
ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๒	ร้อยละ ๔๔	ร้อยละ ๔๖
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี ๒๕๖๒			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	๔๐	๔๐	๔๐
ปี ๒๕๖๓			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	๔๒	๔๒	๔๒
ปี ๒๕๖๔			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	๔๔	๔๔	๔๔
ปี ๒๕๖๕			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	๔๖	๔๖	๔๖

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด Baseline data indication	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ผู้ใช้/ผู้เสพ ยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือนหลังจาก การรักษาครบบำบัดตาม กำหนด (๓ month Remission rate)	ร้อยละ			

**แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

หน่วยบริการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานะข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ  
(บสต.)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐-๘๑๙๗-๔๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางปิยกัญญา แก่นวิชา เบอร์ติดต่อ : ๐-๙๑๘๖-๗๙๓๙๐

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๒๑๘ : ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง

หน่วยวัด : ระดับ  
 น้ำหนัก : ๑  
 เป้าหมาย : ระดับ ๕  
 คำอธิบาย :

**ระดับความสำเร็จ** หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการดังนี้

๑. มีการจัดบริการตามเกณฑ์การให้บริการการดูแลระยะกลางโดยใช้ Checklist ตามภาคผนวก ๑ และ ๒ โดยมี IPD care protocol สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F ตามภาคผนวก ๓

๒. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน ๖ เดือนแรกหรือจน Barthel index = ๒๐ ≥ ร้อยละ ๕๐

๓. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ ≥ ร้อยละ ๕๐

๔. ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการดูแลระยะกลางฟื้นฟู < ร้อยละ ๕ และ เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของตัวโรค < ร้อยละ ๑

๕. มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงาน Intermediate care รายเดือน หรือ มีการใช้งานโปรแกรมรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (Online) อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

**การดูแลระยะกลาง** หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable\*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลาง ยังต้องการ การดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ต้องใช้แพทย์เฉพาะทางหัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน ๖ สัปดาห์หรือ ๔๕ วัน\*\*)

**ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :**

- ๑) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke)
- ๒) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง
- ๓) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่และต้องการการดูแลระยะกลาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มี BOR และมีความเสี่ยง re-admission สูง, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูแบบ intensive rehabilitation, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินแบบองค์รวมและฟื้นฟูสมรรถนะ, กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

เกณฑ์การการให้คะแนน :

ระดับ คะแนน	ระดับขั้นของความสำเร้ง				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	√				
๒	√	√			
๓	√	√	√		
๔	√	√	√	√	
๕	√	√	√	√	√

โดยที่ :

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน
๑	มีการจัดบริการตามเกณฑ์การให้บริการการดูแลระยะกลางโดยใช้ Checklist ตามภาคผนวก ๑ และ ๒ โดยมี IPD care protocol สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F
๒	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตได้รับการประเมินและวางแผนการฟื้นฟูใน ๖ เดือนแรกหรือจน Barthel index = ๒๐ คะแนน $\geq$ ร้อยละ ๖๐
๓	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index $< ๑๕$ ได้รับการฟื้นฟูและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index = ๒๐ $\geq$ ร้อยละ ๖๐
๔	ผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนจากการให้บริการดูแลระยะกลางฟื้นฟู $<$ ร้อยละ ๕ และเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของตัวโรค $<$ ร้อยละ ๑
๕	มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงาน Intermediate care รายเดือน และมีการใช้งานโปรแกรมรับ-ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยผ่านโปรแกรม Online อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

แหล่งข้อมูล : รายงานผลการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง/การนิเทศติดตามรายไตรมาส

ระดับการวัด : โรงพยาบาลทุกระดับ

ผู้กำกับการดูแลตัวชีวิต :	นายพิทักษ์พงศ์ พายุหะ	เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๒๓๐๖ ๐๖๐๐
	นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ	เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๔๖๐๐ ๕๕๖๕
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นางรุจิรา จันทร์หอม	เบอร์ติดต่อ ๐๖ ๒๔๘๔ ๘๓๕๓
	นางอุทัยรัตน์ โสปะติ	เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๘๑๐๔ ๘๔๒๐

**ภาคผนวก ๑ Checklist IMC สำหรับโรงพยาบาลระดับ A**  
**โรงพยาบาล.....**

บทบาทของโรงพยาบาลในการให้บริการ Intermediate Care

- Starter/ registration
- Goal setting/ IMC program description
- Complicated and difficult cases (+IPD/OPD/HHC)
- Consultant

ประเมินการให้บริการตาม Checklist โดยใช้เครื่องหมาย ✓

Checklist	รายละเอียด	ผ่าน	ไม่ผ่าน
การคัดกรองผู้ป่วย stroke, TBI,SCI	มีระบบในการคัดกรองผู้ป่วย stroke, TBI, SCI ภายในจังหวัดรายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำที่รอดชีวิตทุกราย		
Registration	มีการทำทะเบียนผู้ป่วยภายในจังหวัดตามระบบการคัดกรองดังกล่าว โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ Barthel index > ๑๕ และ Barthel index < ๑๕		
การส่งต่อผู้ป่วย	มีการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ Barthel index < ๑๕ เพื่อให้บริการต่อเนื่อง		
การให้บริการผู้ป่วยในพื้นที่	มีการให้บริการผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (เช่นในเขตเมือง) โดยอาจเป็นรูปแบบ IPD OPD หรือในชุมชน		
การติดตามข้อมูลผู้ป่วย	มีการติดตามผู้ป่วยเมื่อครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index =๒๐ โดยติดตามรวบรวมข้อมูลทั้งในเขตพื้นที่รับผิดชอบและจากรพ. M F ลูกข่ายที่รับส่งต่อผู้ป่วย		
การรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน	มีระบบในการรับปรึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน		
การให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการ	มีการให้การสนับสนุนทางด้านวิชาการในการดูแลผู้ป่วย stroke ,TBI, SCI สำหรับโรงพยาบาลลูกข่าย		

สรุป (ผ่าน: หมายถึงผ่านทุกข้อ หากไม่ผ่าน : ควรมีแผนการพัฒนาเพื่อปรับปรุงในประเด็นนั้น)

หมายเหตุ และแผนการพัฒนา

.....

.....

ภาคผนวก ๒ Checklist สำหรับ Intermediate bed / ward รพ.ระดับ M และ F  
โรงพยาบาล.....

Checklist	Intermediate bed	ผ่าน	ไม่ผ่าน
๑. จำนวนเตียง (ประกอบด้วยเตียงสูงและเตียงเตี้ยอย่างละครึ่ง)	๒ เตียง และมีช่องว่างระหว่างเตียงที่ wheelchair เข้าถึงได้		
๒. ห้องน้ำในหอผู้ป่วย	มีห้องน้ำสำหรับคนพิการในหอผู้ป่วย		
๓. การให้บริการ	มี care protocol: problem list, goal setting, continuous care plan		
๔. ผู้ป่วยเป้าหมาย (stroke, TBI, SCI)	ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบของ รพ.		
๕. บุคลากรขั้นต่ำ	<input type="checkbox"/> แพทย์ (GP, Family medicine) <input type="checkbox"/> nurse case manager <input type="checkbox"/> นักกายภาพบำบัด		
๖. Nurse case manager	ผ่านการอบรมพยาบาลฟื้นฟูหลักสูตร ๕ วัน		
๗. การทำ Team meeting	มีการทำ team meeting ๑ ครั้ง/สัปดาห์ โดยทีมสหวิชาชีพ		
๘. ยา	ยาลดเกร็ง : <input type="checkbox"/> Baclofen (บัณชี ข) หรือ <input type="checkbox"/> Tizanidine (บัณชี ข) <input type="checkbox"/> Diutropan (๕) <input type="checkbox"/> Gabapentin (๑๐๐) และ (๓๐๐)		
๙. วัสดุทางการแพทย์	<input type="checkbox"/> shoulder sling, <input type="checkbox"/> single cane, <input type="checkbox"/> tripod cane		
๑๐. OPD program	ผู้ป่วย ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย ๔๕ นาที/ครั้ง อย่างน้อย ๖-๑๒ ครั้ง ภายใน ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐		
๑๑. การเยี่ยมบ้าน	ผู้ป่วย ได้รับการฟื้นฟูอย่างน้อย ๔๕ นาที/ครั้ง อย่างน้อย ๖-๑๒ ครั้ง ภายใน ๖ เดือน หรือจนกว่า Barthel index = ๒๐		

สรุป (ผ่าน : หมายถึงผ่านอย่างน้อย ๑๐ ข้อ หากไม่ผ่าน : ควรมีแผนการพัฒนาเพื่อปรับปรุงในประเด็นนี้)  
หมายเหตุ และแผนการพัฒนา.....  
.....  
.....

s strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)  
ตัวเลขชุดที่ ๑ Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)

---

**ตัวเลขชุดที่ ๒ ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑**

---

แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ

โครงการ : โครงการเฉลิมพระเกียรติ ร.๑๐

**ตัวชี้วัดที่ s๒๑๙ : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่**

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๒

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๕

คำอธิบาย : ๑. อัตราความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลการรักษาหายรวมรักษาครบ ดังนี้

๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการ ยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา

๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

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

๒.๒ ผู้ป่วยที่มีผลวินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบแต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

๓. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

$$\text{สูตรการคำนวณ : } \frac{A \times 100}{B}$$

รายการข้อมูล ๑ : A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๑) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบ รายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๒ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๒

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม - ธันวาคม ๒๕๖๑)

เกณฑ์การให้คะแนน

:

ร้อยละ	คะแนน
$\leq 82$	๑ คะแนน
83	๒ คะแนน
84	๓ คะแนน
85	๔ คะแนน
$\geq 86$	๕ คะแนน

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานรอบปีงบประมาณ			
		พ.ศ.๒๕๖๐			
		๒๕๕๙	Cohort๑/๖๐	Cohort๒/๖๐	Cohort๓/๖๐
อัตราความสำเร็จการรักษา วัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๘๙.๗๐	๙๒.๐๑	๘๘.๙๖	๘๘.๐๘

**แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :**

ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๑) แยกเป็นรายอำเภอ ตามแบบฟอร์ม TB ๐๘ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ทรายบุคคล โปรแกรม TBCM Online

**ระดับการวัด** : ระดับอำเภอ

**ผู้กำกับการดูแลตัวชี้วัด** : นายแพทย์วัชร เยี่ยมรัมย์มีกุล : โทร. ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖  
: นางสาวยุวดี วานิชขิง : โทร. ๐ ๔๓๕๑ ๑๗๕๔ ต่อ ๑๑๘ ,  
มือถือ ๐๘ ๖๒๒๖ ๘๓๘๑

**ผู้จัดเก็บข้อมูล** : นางวิลาวัลย์ ปากวิเศษ **เบอร์ติดต่อ** : ๐๘ ๑๕๘๑ ๔๘๒๕

E-Mail : J\_um๑๐๑@hotmail.com.



s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑
ตัวชี้วัดที่ s๒๒๐	: ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเมืองสมุนไพร (Herbal City)
หน่วยวัด	: ระดับ
น้ำหนัก	: ๒
เป้าหมาย	: ๕

#### คำอธิบาย:

เมืองสมุนไพร หมายถึง ภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุน การพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับอำเภอและจังหวัด ตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง โดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ ๕ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน

มาตรการที่ ๒ พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร

มาตรการที่ ๓ ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์ เพิ่มมูลค่าและการตลาด

มาตรการที่ ๔ ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนาบุคลากร

มาตรการที่ ๕ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ

#### เกณฑ์การให้คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากผลงานที่ทำได้ ดังนี้

ระดับคะแนน	ผลการดำเนินงาน
๑	๑. มีคณะกรรมการเมืองสมุนไพรระดับอำเภอ ๒. มีรายงานสรุปผลการดำเนินงานในปี ๒๕๖๑ ๓. มีแผนงานโครงการเมืองสมุนไพรปี ๒๕๖๒ มีโครงการอบรมสร้างความร่วมมือในเครือข่ายเมืองสมุนไพร ระดับอำเภอ ๔. มีกรอบรายการยาสมุนไพรระดับอำเภอ ๕. มีการติดตามความก้าวหน้าและรายงานผล(รายไตรมาส)
๒	๑. มีแปลงสาธิตการเพาะชำต้นกล้าสมุนไพร>๕รายการ ระดับอำเภอ (รพ. หรือ สสอ.) ๒. มีกลุ่มเกษตรกรที่ร่วมทำพันธะสัญญากับแหล่งรับซื้อ อย่างน้อย ๑ กลุ่ม ๓. มีรายงานมูลค่าการขายสมุนไพรแปรรูป (รายงานเดือน) ๔. มีรายงานการอนุรักษ์และขยายพันธุ์สมุนไพรในป่าชุมชน อำเภอละ ๑ แห่ง
๓	๑. ผลิตภัณฑ์ สมุนไพร วางขายในตลาดชุมชน อำเภอละ ๕ รายการ ๒. โรงพยาบาล/รพ.สต. (ประเมินเฉพาะหน่วยบริการที่มีแพทย์แผนไทย) ผลิตยาหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพรอย่างน้อย ๓ รายการ

	๓. มีรายงานมูลค่าการขายสมุนไพรในตลาด (รายงานเดือน) ๔. มีจุดจำหน่ายสมุนไพรในชุมชน ๑ แห่ง ๕. กำกับติดตาม/เยี่ยมเสริมพลัง
๔	๑. บุคลากรผ่านการอบรม/ประชุมวิชาการฯ ร้อยละ ๙๐ ของกลุ่มเป้าหมาย (กลุ่มแพทย์แผนไทย) ๒. มีรายงานผลการดำเนินงานตามนโยบาย First line drug ยาสมุนไพรทดแทน
๕	๑. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาล เพิ่มขึ้นจากปี ๒๕๖๑ ร้อยละ ๕ ๒. การเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก แปรผันตามขนาดรพ. รพศ./รพท.มากกว่าร้อยละ ๑๐ รพช.มากกว่าร้อยละ ๒๐ รพ.สต.มากกว่าร้อยละ ๓๐ ๓. มีวิจัย/R๒R ดำรับยาสมุนไพรการรักษาด้วยศาสตร์แพทย์แผนไทย ๑ เรื่อง

#### เกณฑ์การประเมิน (Quick win)

หน่วยงาน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
เครือข่ายบริการ (CUP)	ระดับ ๑-๒	ระดับ ๑-๓	ระดับ ๑-๔	ระดับ ๑-๕
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	ระดับ ๑-๒	ระดับ ๑-๓	ระดับ ๑-๔	ระดับ ๑-๕

#### รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเมืองสมุนไพร (Herbal City)	ระดับ	๐	๐	๔

#### แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- จากแบบรายงานโครงการเมืองสมุนไพร
- จากการนิเทศติดตาม
- โปรแกรม HDC

#### ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด

- นายประวุฒิ ละครราช เกษัชกรเชี่ยวชาญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
- นางอัจฉริยา อภัยสูงเนิน เกษัชกรชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์

ทางเลือก โทร. ๐๘๑ ๘๗๑๗๒๖๔ Email : ach\_tuk@yahoo.com

#### ผู้จัดเก็บข้อมูล

นางสาวจุฑามาส สมรัตน์ แพทย์แผนไทย โทร. ๐๖ ๕๓๘๗ ๐๐๙๘  
 Email : pazaza\_๑๐๑\_@windowslive.com

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๓๒๑ : ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการบริหารจัดการระบบการพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ๔

เป้าหมาย : ระดับ ๕

คำอธิบาย:

**การบริหารจัดการระบบการพัฒนากำลังคน** หมายถึง อำเภอมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพของอำเภอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับการบริการสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทุกสิทธิ โดยในกระบวนการต้องมีองค์ประกอบดังนี้

**๑) การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของอำเภอ** หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวน และศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตราากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ ๕ ปี ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ประกอบด้วย

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

**๒.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)** ได้แก่

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

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

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

**๔.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office)** ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

**๕.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน** ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

**๒) การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน** หมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจาย บุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์

**แผนพัฒนารายบุคคล IDP (Individual Development Plan)** เป็นกรอบแนวทาง /แผนปฏิบัติการ (Action Plan) รายบุคคล เพื่อพัฒนา ตนเองในด้านความรู้ ทักษะ สมรรถนะ จากจุดที่อยู่ ไปสู่จุดที่ต้องการ อย่างต่อเนื่อง และเป็นระบบ โดย สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้บุคลากรมีความรู้ ชีตความสามารถปฏิบัติงานในปัจจุบัน ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น และเพื่อเตรียมความพร้อมของบุคลากรให้มีคุณสมบัติ ความสามารถ และศักยภาพในการ ทำงาน สำหรับตำแหน่งงานที่สูงขึ้นในอนาคต โดย IDP เป็นการพัฒนาจุดอ่อน (weakness) และสร้างจุดแข็ง (Strength) ให้

มีมากขึ้น พร้อมนำไป ประยุกต์ใช้ในงาน ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และสิ่งสำคัญ แผนพัฒนา รายบุคคล ต้องมา จากการสื่อสารแบบสองทาง (Two Way Communication) ระหว่างผู้บังคับบัญชาและ ผู้ใต้บังคับบัญชา (ผู้รับ การพัฒนา) เพื่อร่วมกำหนดประเด็นในการพัฒนา นำไปสู่การดำเนินการตามแผน และ ประเมินผล อย่างเป็น ลำดับ ขั้นตอน

**บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผน** หมายถึง การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่สอดคล้องหรือเป็นประโยชน์กับงาน หรือ ตำแหน่งที่ดำรงอยู่ ไม่ว่าจะเป็นการประชุม อบรม สัมมนา ที่มีระยะเวลาตั้งแต่ ๑ วัน เป็นต้นไป ยกเว้นเป็นการรับฟัง หรือถ่ายทอดนโยบายในการปฏิบัติงาน ไม่ถือเป็นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร

**เกณฑ์การการให้คะแนน :**

ระดับ คะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓

**โดยที่**

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน
๑	-มีการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำโครงการพัฒนากำลังคนของเครือข่าย -มีแผนการพัฒนากำลังคนในภาพเครือข่ายครอบคลุม ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ทุกสายงาน ทุกระดับบริการ และเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence
๒	-มีแผนการพัฒนารายบุคคล IDP (Individual Development Plan)
๓	-มีการบันทึกข้อมูลการพัฒนากำลังคนในโปรแกรม หรือจัดทำเป็นแฟ้มสะสมผลงาน
๔	-บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผน ร้อยละ ๖๐
๕	-บุคลากรได้รับการพัฒนาตามแผน ร้อยละ ๘๐

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีตที่ผ่านมา(ร้อยละ/จำนวน)		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
อำเภอมีการบริหารจัดการระบบการพัฒนา กำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ระดับความสำเร็จ	-	๓	๔

**แหล่งข้อมูล:** - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (HRD) สสจ.ร้อยเอ็ด  
- กลุ่มงานที่รับผิดชอบด้านบุคลากรของ รพช./รพศ./สสอ.

**วิธีการจัดเก็บข้อมูล** - การสำรวจ /การรวบรวมงานรอบ ๖ (ไตรมาสที่ ๒)/รอบ ๙ (ไตรมาสที่ ๓)  
- วิเคราะห์ผลการนิเทศตรวจราชการ

**ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด:** ๑. นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๑๕๗๓ ๓๑๒๒

๒. นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๔๖๐๐ ๕๕๖๕

**ผู้จัดเก็บข้อมูล:** นางพิจิตรา อินอุ้นโชติ เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๗๐๙๙ ๔๓๑๙

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ชื่อตัวชี้วัดที่ s๓๒๒ : ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข

หน่วยวัด : คะแนน

น้ำหนัก : ๓

เป้าหมาย : ๕

คำอธิบาย :

**ระดับความสำเร็จของหน่วยงานในการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข** หมายถึง หน่วยงานมีผู้รับผิดชอบงานหรือคณะทำงานที่ขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข โดยมีขั้นตอนศึกษาวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนาองค์กรที่มีความสุข มีกระบวนการประเมิน Happy Public-Organization Index และ Happinometer มีการจัดทำแผนพัฒนาองค์กรที่มีความสุขที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา ถอดบทเรียนการดำเนินงาน เพื่อนำผลมาปรับปรุงแผนการพัฒนาองค์กร

**Happy Public-Organization Index** หมายถึง ดัชนีวัดสุขภาวะระดับองค์กรหรือ ประกอบด้วย

๑ สุขด้วยผลลัพธ์ : ความสำเร็จจากผลลัพธ์การทำงานที่ดี (Success )

๒ สุขด้วยการจัดการ : มีระบบการบริหารจัดการที่ดี (Administration)

๓ สุขด้วยสุขภาพกายและใจ : การส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง (Body and Mind)

๔ สุขด้วยบรรยากาศ : มีการดำเนินการสร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพให้เอื้อต่อความสุขในการทำงาน (Atmosphere)

๕ สุขด้วยกระบวนการสร้างสุข : มีการลงทุนที่แสดงถึงความมุ่งมั่นตั้งใจในการสร้างสุขให้กับคนในองค์กร (Investment)

**Happinometer** หรือ พรสวรรค์ความสุข คือ เครื่องมือในการวัดคุณภาพชีวิตและความสุขด้วยตนเองของคนทำงานในองค์กรทุกภาคส่วน ประกอบด้วยมิติความสุข ๙ มิติ ได้แก่ Happy Body (สุขภาพดี) Happy Relax (ผ่อนคลายดี) Happy Heart (น้ำใจดี) Happy Soul (จิตวิญญาณดี) Happy Family (ครอบครัวดี) Happy Society (สังคมดี) Happy Brain (ใฝ่รู้ดี) Happy Money (สุขภาพเงินดี) Happy work life (การงานดี)

**หน่วยงาน** หมายถึง สสจ./รพศ./รพช./สสอ. (สสอ.ประกอบด้วย สสอ. และ รพ.สต.ในเขตรับผิดชอบ)

กลุ่มเป้าหมาย: ทุกหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน ๔๑ แห่ง ได้แก่ สสจ./รพศ. / รพช./สสอ. (สสอ.ประกอบด้วย สสอ. และ รพ.สต. ในเขตรับผิดชอบ)

**สรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข** หมายถึง สรุปประสบการณ์การทำงานการดำเนินงานพัฒนาองค์กรแห่งความสุขในปี พ.ศ. ๒๕๖๑

**วิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร** หมายถึง การวิเคราะห์องค์กร (สุขด้วยผลลัพธ์ สุขด้วยการจัดการ สุขด้วยสุขภาพกายและใจ สุขด้วยบรรยากาศ สุขด้วยกระบวนการสร้างสุข) แนวโน้มในการสร้างองค์กรแห่งความสุข เพื่อให้เห็นถึงรายละเอียดของสาเหตุปัจจัยทั้งภายในและภายนอกซึ่งทำให้เกิดผลการดำเนินงานที่เป็นอยู่ในปัจจุบันทั้งที่สำเร็จหรือล้มเหลว

**ดำเนินงานตามแผนการเสริมสร้างความสุขขององค์กร** หมายถึง การนำแผนการเสริมสร้างความสุขขององค์กร ไปสู่การปฏิบัติ การควบคุม และกำกับให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้

สรุปและรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข หมายถึง การนำเสนอผลการดำเนินงานการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขในรูปแบบเอกสารที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนดให้

Best practice ในการดำเนินงานการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานที่มีกระบวนการ/แนวทางปฏิบัติในการสร้างบรรยากาศและสัมพันธภาพให้เอื้อต่อความสุขในการทำงาน การลงทุนที่แสดงถึงความมุ่งมั่นตั้งใจในการสร้างสุขให้กับคนในองค์กร ส่งเสริมให้บุคลากรมีสุขภาพกายและใจที่แข็งแรง มีระบบการบริหารจัดการที่ดี และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การทำงานที่ดี จนเป็นพื้นที่ต้นแบบและเป็นที่ศึกษาดูงานของเครือข่ายในจังหวัดได้

เกณฑ์การการให้คะแนน: ช่วงระหว่างคะแนนเป็น ๕ ระดับ โดยพิจารณาจากคะแนนรวมของการดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามเป้าหมายที่กำหนด

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

โดยที่	
ขั้นตอน	รายละเอียดการดำเนินงาน
๑	-สรุปถอดบทเรียนผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑ โดยคณะทำงานที่รับผิดชอบและขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข
๒	-วิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กรที่เป็นองค์ประกอบของการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข -ประเมิน Happy Public-Organization Index -ประเมิน Happinometer $\geq$ ร้อยละ ๗๐ ของบุคลากรในหน่วยงานทั้งหมด -นำเสนอข้อมูลต่อผู้บริหารและจัดทำแผนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข
๓	-ดำเนินงานตามแผนการเสริมสร้างความสุของค์กร อย่างน้อยร้อยละ ๕๐ -สรุปและรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข
๔	- ดำเนินการตามแผนการเสริมสร้างความสุของค์กร อย่างน้อยร้อยละ ๘๐ -สรุปและรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข
๕	-ดำเนินการตามแผนการเสริมสร้างความสุของค์กรครบทุกแผนฯ -สรุปและรายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขและข้อเสนอแนะ -เกิด Best practice ในพื้นที่อย่างน้อย ๑ หน่วยบริการ

ระยะเวลาประเมินผล : ไตรมาส ๒,๔

รอบที่ ๑ เป้าหมายการดำเนินงานที่ระดับ ๓

รอบที่ ๒ เป้าหมายการดำเนินงานที่ระดับ ๕

## วิธีการประเมิน

๑. ตรวจสอบรายชื่อคณะทำงาน/คำสั่งคณะทำงาน

๒. ตรวจสอบรายงานผลการวิเคราะห์การประเมิน Happy Public-Organization Index และ  
Happinometer

๓. ตรวจสอบแผนพัฒนาองค์กร/แผนการปรับปรุงองค์กร/ผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร หรือ  
งบประมาณในการดำเนินงานตามแผน

๔. ตรวจสอบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน

**แหล่งข้อมูล/เอกสารสนับสนุน :** การสร้างเสริมองค์กรแห่งความสุข

**ระดับการวัด :** รพศ./รพช./สสอ.

**ผู้กำกับการดูแลตัวชี้วัด :** ๑. นายพิทักษ์พงษ์ พายูหะ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๒๓๐๖ ๐๖๐๐

๒. นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ เบอร์ติดต่อ ๐๘-๔๖๐๐-๕๕๖๕

**ผู้จัดเก็บข้อมูล :** ๑. นางพิจิตรา อินอุ่นโชติ เบอร์ติดต่อ ๐๘-๗๐๙๙-๔๓๑๙

๒. นางอุทัยรัตน์ โสปะติ เบอร์ติดต่อ ๐๙-๘๑๐๔-๙๔๒๐

	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัด s๓๒๓ : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด  
หน่วยวัด : ร้อยละ  
น้ำหนัก : ๓  
เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐ มีครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้

**คำอธิบาย :**

ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย

๑. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (๑) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (๒) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (๓) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน

๒. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (๑) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (๒) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (๓) ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (๔) บำรุงรักษาจิตใจ

อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือก และผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง

กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้

เป้าหมาย อสค. ปี ๒๕๖๒ จำนวน ๑๙๓ ตำบลๆละ ๕๐ คน รวม ๙,๖๕๐ คน

**สูตรการคำนวณ :**

$$\frac{\text{จำนวนอสค.ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนอสค.ทั้งหมด}}$$

**เกณฑ์การให้คะแนน :**

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐

**รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :**

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ร้อยละของครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	๙๖๕	๑๒,๑๕๙	๑๙,๓๐๐



## แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แบบประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาและขึ้นทะเบียน อสค. ลงในเว็บไซต์  
Thaiphc.net
- ๓ การประเมินศักยภาพครอบครัว อสค.

๓.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. ตามแบบประเมินตนเอง (Self Assessment) และเก็บข้อมูลผลการประเมินตนเองและลงบันทึกผลการประเมินใน  
www. Thaiphc.net

๓.๒ ผู้รับผิดชอบงานระดับ อำเภอ จังหวัด สุ่มประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัวลงในเว็บไซต์ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว

### หมายเหตุ :

๑. ช่องทางในการลงทะเบียน อสค. และบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. คือ

๑.๑ ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net

๒. หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูล คือ

๒.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

๒.๒ โรงพยาบาลทุกแห่ง

๒.๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

### ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับการดูแลตัวชี้วัด	: นางพัชรา ผิวขาว	เบอร์ติดต่อ	๐๙ - ๕๖๖๑ - ๖๙๔๘
ผู้จัดเก็บข้อมูล	: นางกัญจนพรรณ สุริยะกาญจน์	เบอร์ติดต่อ	๐๖ - ๔๙๖๓ - ๙๕๒๔
	: นางชุลีลักษณ์ หนูเสน	เบอร์ติดต่อ	๐๘ - ๙๒๗๗ - ๑๙๙๔
	: นายพงษ์สันต์ ฮามวงศ์	เบอร์ติดต่อ	๐๙ - ๘๕๘๔ - ๖๕๗๗
	: นายรักษา อุ้นพิกุล	เบอร์ติดต่อ	๐๘ - ๑๘๗๘ - ๗๔๔๖

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)
แผนที่	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ
โครงการที่	โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส
ลักษณะ	Leading Indicator
ระดับการวัดผล	หน่วยบริการ , สำนักงาน
ตัวชี้วัด s๔๒๔	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA
น้ำหนัก	ร้อยละ ๑
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สิ่งคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน การประเมิน ITA จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการสอบถามความคิดเห็นหรือรวบรวมจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานของหน่วยงาน แบ่งเป็น ๕ ดัชนี ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>๑. ดัชนีความโปร่งใส (Transparency)</b> ประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> <li><b>๒. ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability)</b> ประเมินจากความคิดเห็นหรือประสบการณ์ของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการรับบริการจากหน่วยงานภาครัฐ</li> <li><b>๓. ดัชนีคุณธรรมการให้บริการของหน่วยงาน หรือปัญหาการทุจริตคอร์รัปชันในองค์กร (Integrity in Service Delivery)</b> ประเมินจากการรับรู้ และประสบการณ์ตรงของประชาชน ผู้รับบริการหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีต่อการให้บริการของหน่วยงานภาครัฐ</li> <li><b>๔. ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture)</b> ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐ และจากข้อมูลเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์บนพื้นฐานของข้อเท็จจริงในการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> <li><b>๕. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)</b> ประเมินจากความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานภาครัฐที่มีต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน</li> </ol>

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐

คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	๐-๑๙.๙๙	๒๐-๓๙.๙๙	๔๐-๕๙.๙๙	๖๐-๗๙.๙๙	๘๐-๑๐๐

วัตถุประสงค์	<p>๑.ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ</p> <p>๒.หน่วยงานภาครัฐได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่องคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน</p>
กลุ่มเป้าหมาย	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน ๔๑ แห่ง จำแนกดังนี้</p> <p>๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๑ แห่ง</p> <p>๒. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง</p> <p>๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๒๐ แห่ง</p> <p>๔. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๙ แห่ง</p> <p>ประเมินตนเอง (Self - Assessment) ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>หน่วยงานเป้าหมาย จำนวน ๔๑ หน่วยงาน ประเมินในรอบไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาส ๓ (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายนของทุกปี) ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Base Integrity and Transparency Assessment:EBIT จำนวน ๑ ชุด ต่อ ๑ หน่วยงาน โดยหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินจัดเตรียมเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง</p>
เอกสารสนับสนุน	<p>แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT</p>

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๒:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

ระดับหน่วยบริการ	<p>มีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ร้อยละ ๙๐ ของคะแนนรวมทุกข้อ</p> <p>(ผลการดำเนินงานที่ได้ x ๑๐๐)</p> <p>คะแนนรวมเกณฑ์ทั้งหมด</p>
ระดับจังหวัด	<p>หน่วยงานในสังกัดทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๐ คะแนน ต้องไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ ของหน่วยงานที่เข้าประเมินทั้งหมด (หน่วยงานที่มีคะแนนรวมร้อยละ ๙๐ x ๑๐๐)</p> <p>หน่วยงานที่ประเมินทั้งหมด</p>

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นายชนากานต์ ประชุมวรรณ      เจ้าพนักงานธุรการ  โทรศัพทท์ที่ทำงาน : ๐๔๓ ๕๑๑๗๕๔      โทรศัพทท์มือถือ :  ๐๘๓๕๐๔๑๗๖๐  โทรสาร : ๐๔๓ ๕๑๑๐๘๗      E-mail : chanakan๒๖๘๖@gmail.com</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)</p>	<p>นางสาวอุบล      สากำ      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทรศัพทท์ที่ทำงาน : ๐๔๓ ๕๑๑๗๕๔      โทรศัพทท์มือถือ : ๐๘๘๕๖๐๘๕๕๐  โทรสาร : ๐๔๓ ๕๑๑๐๘๗      E-mail : ubolsakum๙๓@gmail.com</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นายประจวบ      จำลองเพ็ง      นิติกรชำนาญการพิเศษ      กลุ่มงานนิติกา  โทรศัพทท์ที่ทำงาน : ๐๔๓ ๕๑๑๗๕๔      โทรศัพทท์มือถือ : ๐๖๔๘๑๒๕๕๙๘  โทรสาร : ๐๔๓ ๕๑๑๐๘๗      E-mail : pjamlongpeng@hotmail.com</p>

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๔๒๕ : ร้อยละการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม

หน่วยวัด: : ร้อยละ

น้ำหนัก: : ๑

เป้าหมาย: : ๒๕

คำอธิบาย:

มูลค่าการจัดซื้อของยา เวชภัณฑ์ที่มีใช่ยา(วัสดุการแพทย์) วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม หมายถึงมูลค่าการจัดซื้อ ยา เวชภัณฑ์ที่มีใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม ที่กำหนดให้เป็นรายการซื้อของจังหวัด/เขต ซึ่งเป็นรายการ ที่กำหนดโดยการใช้ ราคาอ้างอิง วิธีสอบราคา และวิธี e-bidding

รายการซื้อรวม ปี ๒๕๖๒ มีจำนวน ๖๑๙ รายการ เป็นรายการซื้อรวมเขต ๕๙๕ รายการ รายการซื้อรวมจังหวัด ๒๑ รายการ แบ่งเป็น

ยา	๓๑๗	รายการ
เวชภัณฑ์ที่มีใช่ยา(วัสดุการแพทย์)	๑๔๘	รายการ
วัสดุวิทยาศาสตร์	๑๓๕	รายการ
วัสดุทันตกรรม	๑๖	รายการ

\*\*\*ในระหว่างปีงบประมาณอาจจะมีการปรับเปลี่ยนรายการ บัญชีรายการจัดซื้อรวม\*\*\*

สูตรการคำนวณ

$$\text{ร้อยละของการจัดซื้อของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม} = (A/B) \times 100$$

โดยที่

A = มูลค่าการจัดซื้อของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยาแต่ละประเภท ตามบัญชีรายการจัดซื้อรวม

B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงาน

เกณฑ์การให้คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากร้อยละของผลงานที่ทำได้ ดังนี้

ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	<๑๖	<๑๙	<๒๒	<๒๕	≥๒๕

แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช่ยาของหน่วยงานแยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา

วัสดุการแพทย์วัสดุทันตกรรมวัสดุเอกซเรย์วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเองและจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคา/ราคาอ้างอิงและสอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข/กองบริหารการสาธารณสุข)

๒. รายงานการจัดซื้อเวชภัณฑ์ร่วม จังหวัดร้อยเอ็ด จาก Google drive

๓. การประเมิน นิเทศ ติดตาม

#### **ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด**

นายมานิตย์ ทวีหันท์ เกษีกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

โทร ๐๘๙ ๕๗๗ ๕๔๔๔ Email : [manit๒๕๐๙@gmail.com](mailto:manit๒๕๐๙@gmail.com)

#### **ผู้จัดเก็บข้อมูล**

นางขวัญสุดา โกวิทางกูร เกษีกรชำนาญการ โทร ๐๖ ๑๖๙๒ ๔๒๔๒ Email :

khuan๑๐๑@gmail.com

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

โครงการที่	โครงการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)
ลักษณะ	
ระดับการวัดผล	หน่วยงานระดับจังหวัด และระดับอำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด s๔๒๖	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของหน่วยบริหาร
น้ำหนัก	ร้อยละ ๑

คำนิยาม	<p>หน่วยบริหาร หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ในจังหวัดร้อยเอ็ด มีดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๑ แห่ง</li> <li>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๒๐ แห่ง</li> </ol> <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ การมุ่งเน้นบุคลากร หมวด ๖ การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยดำเนินการในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๕ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี</li> <li>ดำเนินการภาคบังคับในปี ๒๕๖๑-๒๕๖๓ ปีละ ๒ หมวด และดำเนินการในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๕ ปีละ ๖ หมวด</li> </ol> <table border="1" data-bbox="475 1467 1066 1765"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>ภาคบังคับ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๑</td> <td>หมวด ๑, หมวด ๕</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๒</td> <td>หมวด ๒, หมวด ๔</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๓</td> <td>หมวด ๓, หมวด ๖</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๔</td> <td>หมวด ๑ - ๖</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๕</td> <td>หมวด ๑ - ๖</td> </tr> </tbody> </table> <p>๓. นำผลการประเมินองค์กรด้วยตนเอง(OFI) ในหมวดที่ดำเนินการมาจัดทำแผนพัฒนาองค์กร หมวดละ ๑ แผน</p> <p>๔. จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการตามเกณฑ์หมวด ๗</p> <p>๕. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์กร</p>	พ.ศ.	ภาคบังคับ	๒๕๖๑	หมวด ๑, หมวด ๕	๒๕๖๒	หมวด ๒, หมวด ๔	๒๕๖๓	หมวด ๓, หมวด ๖	๒๕๖๔	หมวด ๑ - ๖	๒๕๖๕	หมวด ๑ - ๖
พ.ศ.	ภาคบังคับ												
๒๕๖๑	หมวด ๑, หมวด ๕												
๒๕๖๒	หมวด ๒, หมวด ๔												
๒๕๖๓	หมวด ๓, หมวด ๖												
๒๕๖๔	หมวด ๑ - ๖												
๒๕๖๕	หมวด ๑ - ๖												

เกณฑ์เป้าหมาย :

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ระดับ ๕ (ร้อยละ ๖๐)	<b>ระดับ ๕ (ร้อยละ ๗๐)</b>	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๙๐)

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ระดับ ๕ (ร้อยละ ๒๐)	<b>ระดับ ๕ (ร้อยละ ๔๐)</b>	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๖๐)	ระดับ ๕ (ร้อยละ ๘๐)

วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของหน่วยบริหารในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข ในจังหวัดร้อยเอ็ด ให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการ บ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖</p> <p>๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและ ประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดร้อยเอ็ด</p>
<p>ประชากร</p> <p>กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</p> <p>แหล่งข้อมูล</p> <p>รายการข้อมูล ๑</p> <p>รายการข้อมูล ๒</p> <p>รายการข้อมูล ๓</p> <p>รายการข้อมูล ๔</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</p> <p>ระยะเวลา</p> <p>ประเมินผล</p>	<p>๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <p>จากรายงานผลการตรวจติดตาม ประชุม สรุปตรวจ</p> <p>๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <p>A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด</p> <p>C = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>D = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด</p> <p><math>(A/B) \times 100</math>    <math>(C/D) \times 100</math></p> <p>ไตรมาส ๔</p>

ปี ๒๕๖๑ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑.จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน</p> <p>๒.ประเมินองค์กรด้วยตนเองเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภาคบังคับ ๒ หมวด (หมวด ๑,หมวด ๕)</p>	<p>๑.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>๒.ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการ</p>	<p>๑.ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๖๐)</p> <p>๒.ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ ๒๐)</p>



๓.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของ หมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน) ๔.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด ๗)			
---	--	--	--

ปี ๒๕๖๒ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑.จัดทำลักษณะสำคัญของ องค์กรได้ครบถ้วน ๒.ประเมินองค์กรด้วยตนเอง เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการ บริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘ ภาคบังคับ ๒ หมวด (หมวด ๒,หมวด ๔) ๓.จัดทำแผนพัฒนาองค์กรของ หมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (หมวดละ ๑ แผน) ๔.จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน (ตามเกณฑ์ หมวด ๗)	ระดับความสำเร็จของ การพัฒนาองค์กรใน หมวดที่ดำเนินการ	.ผลการดำเนินงาน ของตัวชี้วัดในหมวดที่ ดำเนินการ	๑.ร้อยละของสำนัก สาธารณสุขจังหวัดที่ ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด (ร้อยละ ๗๐) ๒.ร้อยละของสำนัก สาธารณสุขจังหวัดที่ ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่ กำหนด (ร้อยละ ๔๐)

วิธีการประเมินผล	ระดับ คะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน																								
		๑	จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กรได้ครบถ้วน																							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๐.๒๐</td> <td>๐.๔๐</td> <td>๐.๖๐</td> <td>๐.๘๐</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> <td>คะแนน</td> </tr> <tr> <td>๕ คำถาม</td> <td>๗ คำถาม</td> <td>๙ คำถาม</td> <td>๑๑ คำถาม</td> <td>๑๓ คำถาม</td> </tr> </tbody> </table>					เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๒๐	๐.๔๐	๐.๖๐	๐.๘๐	๑	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม
เกณฑ์การให้คะแนน																										
๐.๒๐	๐.๔๐	๐.๖๐	๐.๘๐	๑																						
คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน																						
๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม																						
	๒	ประเมินองค์กรด้วยตนเองในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๒</td> <td>๐.๕๐ คะแนน</td> <td>๑ คะแนน</td> </tr> <tr> <td></td> <td>หมวด ๒ หรือ ๔</td> <td>หมวด ๒ และ ๔</td> </tr> </tbody> </table>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		๒๕๖๒	๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน		หมวด ๒ หรือ ๔	หมวด ๒ และ ๔															
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																									
	๒๕๖๒	๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน																							
	หมวด ๒ หรือ ๔	หมวด ๒ และ ๔																								
	๓	จัดทำแผนพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">พ.ศ.</th> <th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๒</td> <td>๐.๕๐ คะแนน</td> <td>๑ คะแนน</td> </tr> <tr> <td></td> <td>หมวด ๒ หรือ ๔</td> <td>หมวด ๒ และ ๔</td> </tr> </tbody> </table>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน		๒๕๖๒	๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน		หมวด ๒ หรือ ๔	หมวด ๒ และ ๔															
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																									
	๒๕๖๒	๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน																							
	หมวด ๒ หรือ ๔	หมวด ๒ และ ๔																								
	๔	จัดทำตัวชี้วัดที่สะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>เกณฑ์การให้คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																						
พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน																									

๕			๐.๕๐ คะแนน	๑ คะแนน		
		๒๕๖๒	หมวด ๒ หรือ ๔	หมวด ๒ และ ๔		
	ร้อยละของการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดกระบวนการดำเนินการพัฒนาองค์กรในหมวดที่ดำเนินการ) ๑.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด					
	พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
		๑	๒	๓	๔	๕
	๒๕๖๑	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐
	๒๕๖๒	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐

เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ ต่อ ๑ คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ ๑๒ เดือน

๕							
		๒๕๖๑	ร้อยละ ๐	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐
		๒๕๖๒	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐

เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ ๑๒ เดือน ปี ๒๕๖๑

เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ ต่อ ๑ คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ ๑๒ เดือน ปี ๒๕๖๒ - ๒๕๖๕

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	เอกสารเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๕๘				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	ระดับ	-	-	๕

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
--------------------------------	----------------------------------

ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	๑. สำราญ อนุเวช โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓ ๕๑๑ ๗๕๔ โทรสาร : ๐๔๓ ๕๑๑ ๐๘๗	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘ ๔๙๘ ๙๙๕๙ E-mail : s.anuwech๒๐๐๐@gmail.com
---	---	--

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ชื่อตัวชี้วัดคุณภาพ	
ตัวชี้วัดที่ s๔๒๗	ระดับความสำเร็จของการพัฒนา รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนา คุณภาพ (อยู่ในระหว่างการปรับปรุงระดับกระทรวง)
น้ำหนัก	ร้อยละ ๓
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนา คุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่ กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี โดย ๕ ดี ประกอบด้วย <b>บริหารดี ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดี</b> มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้  <b>เกณฑ์หมวด ๑</b> การนำองค์กรและการจัดการดี <b>เกณฑ์หมวด ๒</b> การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วน เสีย <b>เกณฑ์หมวด ๓</b> การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล <b>เกณฑ์หมวด ๔</b> การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย <b>เกณฑ์หมวด ๕</b> ผลลัพธ์

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.

ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนา คุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและ ความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบ บริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒๒๙ แห่ง
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ติดตามกำกับและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดดาวโดยทีมนิเทศและคณะกรรมการระดับอำเภอ จังหวัด
วิธีการประเมินผล :	๑. มีการแต่งตั้งคณะทำงานรพสตติดดาว ระดับอำเภอ (คปสอ.) ๒. มีแผนการออกประเมิน รพสต.ติดดาว ประเมินในไตรมาส แรก ตามเกณฑ์ เป้าหมาย ปี ๒๕๖๒ ๓. มีการจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด ตามเกณฑ์ประเมินที่ไม่ผ่านหรือคะแนน น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

	<p>๔. รายงานผลการประเมิน พร้อมแผนพัฒนาส่วนงานคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในไตรมาสที่ ๓</p> <p>๕ ได้รับการรับรองผลการประเมินหน่วยบริการผ่านตามเกณฑ์ประเมิน ๕ ดาว ตามเป้าหมายร้อยละ ๕๐ (เป้าสะสม)</p>					
	ระดับคะแนน	ระดับขั้นตอนความสำเร็จ				
		ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๓	ขั้นที่ ๔	ขั้นที่ ๕
	๑	√				
	๒	√	√			
	๓	√	√	√		
	๔	√	√	√	√	
	๕	√	√	√	√	√
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
	ร้อยละ ๕๐	แห่ง	-	๒๘ แห่ง	๖๖	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายุหะ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รก.นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน )</p> <p>๒. นางชนิษฐา นาสุษ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E:mail; <a href="mailto:kanitha๑๐๑@hotmail.com">kanitha๑๐๑@hotmail.com</a> โทร ๐-๘๔ - ๗๙๒๑- ๒๓๔</p>					

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๔๒๘.๑ : อำเภอฟานเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ILL Define)

หน่วยวัด : ปริมาณ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๑

เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๒๕

คำอธิบาย :

คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (ill define) ของอำเภอฟานเกณฑ์ร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด

ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุการตายไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ

ประกอบด้วย รหัสโรค ดังนี้

- symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD๑๐ codes R๐๐-R๙๙)
- injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD๑๐ Code Y๑๐-Y๓๔, Y๘๗.๒)
- ill-defined cancers (ICD๑๐ Code C๘๐, and C๙๗)
- ill-defined cardiovascular diseases (ICD๑๐ Code I๔๗.๒, I๔๙.๐, I๔๖, I๕๐, I๕๑.๔, I๕๑.๕, I๕๑.๖, I๕๑.๙ and I๗๐.๙)

หมายเหตุ : สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย ซึ่งใช้ข้อมูลการตายตามสถานที่ตายเป็นตัวชี้วัดโดย กองยุทธศาสตร์และแผนงาน (กยพ) จะรายงานสถานการณ์ข้อมูล Ill-define เป็น รายเดือนให้จังหวัดผ่านทาง FTP

เกณฑ์การให้คะแนน คุณภาพสาเหตุข้อมูลการตาย (Ill - Define) :

น้ำหนักคะแนน	คะแนน ๑	คะแนน ๒	คะแนน ๓	คะแนน ๔	คะแนน ๕
๑.๐	≥ ร้อยละ ๓๖	ร้อยละ ๓๒	ร้อยละ ๒๘	ร้อยละ ๒๔	≤ ร้อยละ ๒๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
การตาย โดยระบุสาเหตุไม่ชัดเจน (Ill-Define)	ร้อยละ	๒๗.๑๖	๒๑.๘๘	๑๗.๒๕

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล / การประเมินผล :

๑. สาเหตุการตาย ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย (มรณบัตร) ของกระทรวงมหาดไทย

๒. สุ่มประเมินตรวจสอบคุณภาพการรายงานสาเหตุการตาย ในสถานโรงพยาบาล

ความถี่ในการรายงาน รายงานความก้าวหน้าทุก ๓ เดือน

ระดับการวัด : อำเภอ / จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์พิทักษ์พงศ์ พายูหะ

เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๒๓๐๖ ๐๖๐๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสุภาภรณ์ มิตรภานนท์  
นางสาวกาญจนา กงจักร์

เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๒๖๒ ๖๔๖๖  
เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๑ ๕๑๘๙

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดย่อย s๔๒๘.๒ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ

หน่วยวัด : ปริมาณ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๑

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของหน่วยบริการในสังกัดทั้งหมด

คำอธิบาย :

คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ (ตามคู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพ ด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD และ มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูล ในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข )

สูตรการคำนวณ :

หน่วยบริการในสังกัดที่มีข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ x ๑๐๐  
จำนวนหน่วยบริการในสังกัดทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

น้ำหนักคะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๑	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล เวช ระเบียนและการให้รหัสโรค	ร้อยละ	-	-	๕๘.๔๐

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล / การประเมินผล :

- ข้อมูลบริการสุขภาพ ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกตามคู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD และ มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึก ข้อมูล ในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙

ความถี่ในการวัดและรายงาน

ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก(Audit) และรายงานทุก ๖ เดือน (ครั้งที่ ๑ เดือนมีนาคม ๒๕๖๑ ครั้งที่ ๒ เดือน สิงหาคม ๒๕๖๑)

ระดับการวัด : ระดับอำเภอ/ระดับหน่วยบริการ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม

เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๐๗๓๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุวิทย์ กิริยะ

เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๐๓๕๕ ๒๕๐๗

นายพิพัฒน์พงษ์ ชุนประวัตติ

เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๗๗๓ ๔๙๖๕

นายสมภพ สิงห์วิสุทธิ์

เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๕๔๖๘ ๔๙๒๑



s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๔๒๙ : ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)

แผนที่ ๑๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ

โครงการที่ ๒ โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)

หน่วยวัด : ปริมาณ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๒

เป้าหมาย : ร้อยละ ๕

#### คำอธิบาย :

Personal Health Records (PHRs) หมายถึง ข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ที่ผู้ป่วยเข้าถึงได้ และผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแล จัดการ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นได้ ไม่ว่าจะมาจากแหล่งที่มาจากข้อมูลในระบบสารสนเทศ (EHRs) ของสถานพยาบาลโดยตรง ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ป่วยเอง หรือจากแหล่งอื่น ก็ตาม ทั้งนี้ รวมถึงกรณีที่ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้ใช้งานแทนผู้ป่วยด้วย

เข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองหมายถึง ประชาชนมีสิทธิในข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยของตนเองในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ สามารถเข้าถึงข้อมูลผ่าน Mobile Application ได้อย่างสะดวก ทั้งนี้ต้องผ่านกระบวนการตรวจสอบสิทธิ์และความมั่นคงปลอดภัยทางสารสนเทศอย่างเคร่งครัด

ข้อมูลสุขภาพหมายถึง ชุดข้อมูลตามโครงสร้างแฟ้มมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ของกระทรวงสาธารณสุข เช่น ข้อมูลกลุ่มโรค NCD โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus) โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ (Cardiovascular & Cerebrovascular Diseases) โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) และ โรคอ้วนลงพุง (Obesity) เป็นต้น

#### ขอบเขต :

- จำนวนประชาชนผู้รับบริการสุขภาพจาก รพศ./รพท./รพช. สังกัด สป.สธ.ในระบบคลังข้อมูล HDC
- ตรวจสอบจากเลขประจำตัวประชาชน

#### วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ประชาชนรู้เท่าทันสุขภาพของตนเองได้ตลอดเวลา
- เพิ่มโอกาสให้ประชาชนได้รับบริการทางการแพทย์และสุขภาพที่ทันสมัย ทั่วถึง และเท่าเทียมผ่านระบบเทคโนโลยีดิจิทัล

#### วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- ระบบ HDC Service หรือ HDC on Cloud หรือฐานข้อมูลกลาง สธ.
- ระบบ Log File การเข้าใช้ระบบ PHRs ของประชาชน
- สำรวจประชาชนผู้เข้ารับบริการ ณ โรงพยาบาล

#### เกณฑ์การให้คะแนน

รายการข้อมูล ๑ A = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบที่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้

รายการข้อมูล ๒ B = จำนวนประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด  $(A/B) \times ๑๐๐$

ระยะเวลาประเมินผล ไตรมาส ๒ และ ๔ (เดือน มีนาคม และ สิงหาคม)

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๒

น้ำหนักคะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๒	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๒	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๔	ร้อยละ ๕

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้	ร้อยละ	-	-	-

ระดับการวัด : ระดับหน่วยบริการ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายบุญเลิศ พิมศักดิ์

เบอร์ติดต่อ ๐๙๘ ๑๐๓ ๕๗๑๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุวิทย์ กิริยะ

เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๐๓๕๕ ๒๕๐๗

: นายพิพัฒน์พงษ์ ชุนประวัตติ

เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๗๗๓ ๔๙๖๕

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ s๔๓๐	ระดับความสำเร็จของการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงิน					
น้ำหนัก	ร้อยละ ๓					
คำนิยาม	หน่วยบริการ มีการบริหารการเงินการคลัง และมีการเฝ้าระวังการเงินการคลังอย่างเป็นระบบ มีประสิทธิภาพ และมีแผนการบริหารจัดการ สามารถลดต้นทุนหน่วยบริการได้					
ระดับขั้นตอนความสำเร็จ	<p>ขั้นที่ ๑ มีคณะกรรมการบริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการ ( CFO )</p> <p>ขั้นที่ ๒ คณะกรรมการ CFO มีการจัดการประชุม วิเคราะห์สถานะทางการเงินการคลัง ทุกเดือน</p> <p>ขั้นที่ ๓ คณะกรรมการ CFO มีการรายงานผล วิเคราะห์สถานะทางการเงินการคลัง ต่อ CFO จังหวัดทุกเดือน</p> <p>ขั้นที่ ๔ มีและจัดทำแผนการเงินการคลังของหน่วยบริการ</p> <p>ขั้นที่ ๕ คณะกรรมการ CFO มีการประเมินผลการพัฒนาและสามารถลดต้นทุนค่าใช้จ่ายหน่วยบริการได้ ไม่อยู่ในระดับ ๔-๗</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยบริการสามารถลดต้นทุนหน่วยบริการและไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงระดับ ๔-๗					
กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง					
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>รายงานสถานะทางการเงิน ของโรงพยาบาลทุกแห่ง</li> <li>คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ CFO หน่วยบริการ</li> <li>รายงานการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการ</li> <li>แผนการเงินการคลังของหน่วยบริการ</li> </ol>					
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับคะแนน	ระดับขั้นตอนความสำเร็จ				
		ขั้นที่ ๑	ขั้นที่ ๒	ขั้นที่ ๓	ขั้นที่ ๔	ขั้นที่ ๕
	๑	✓				
	๒	✓	✓			
	๓	✓	✓	✓		
	๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓	

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบ นางชนิษฐา นาสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ

นายชูเกียรติ พูลลาภ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน กลุ่มงานประกันสุขภาพ

s	strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์)
ตัวเลขชุดที่ ๑	Excellence ที่ ๑ (PP&P), ๒ (Service), ๓ (People) หรือ ๔ (Government)
ตัวเลขชุดที่ ๒	ลำดับตัวชี้วัด Strategic (ตัวชี้วัดกลยุทธ์) s๑, s๒, s๓, .... s๓๑

ตัวชี้วัดที่ ๓๑ : ผลงานวิจัย / R๒R ที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์  
หน่วยวัด : ระดับ  
น้ำหนัก : ร้อยละ ๓  
ค่าเป้าหมาย : ๕

**คำอธิบาย:**

ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/ การแพทย์/ การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) บทปริทัศน์ (Review article) บทความพิเศษ (Special article) บทความฟื้นฟู (Refresher course) รายงานเบื้องต้น (Preliminary report) หรือรายงานสังเขป (Short communication) รายงานผู้ป่วย (Case report) ปกิณกะ (Miscellany) และนวัตกรรม (innovation) ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์

งบประมาณทั้งหมด หมายถึง งบประมาณที่หน่วยงานได้รับทั้งหมดในปี พ.ศ.๒๕๖๒ ได้แก่ เงินงบประมาณแผ่นดิน งบประมาณเงินรายได้ และงบอื่นๆ เช่น งบกองทุนต่างๆ

**ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ มีดังนี้**

๑. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจ เพื่อเจรจาธุรกิจมีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย
๒. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการ ระดับประเทศและ/หรือระดับนานาชาติ
๓. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการ พัฒนาด้านส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดง ประกอบการนำไปใช้
๔. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยใน กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์

ระยะเวลาการประเมินผล ปีละ ๒ ครั้ง (เดือนมีนาคม/มิถุนายน)

**เกณฑ์การให้คะแนน:**

กำหนดเป็นคะแนนตามระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอน

**การดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้**

ระดับคะแนน	รายละเอียดของกิจกรรม
๑	ผลงานวิจัย/R๒R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับได้รับการเผยแพร่ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับโซน/อำเภอ อย่างน้อย ๕ เรื่องหรือ งบประมาณที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนา ๐-๐.๕% ของงบประมาณทั้งหมดของ CUP ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

ระดับคะแนน	รายละเอียดของกิจกรรม
๒	ผลงานวิจัย/ R๒R/นวัตกรรม ด้านสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับได้รับการเผยแพร่ในเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด/website อย่างน้อย ๕ เรื่องหรืองบประมาณที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนา ๐.๕๑-๑.๐๐% ของงบประมาณทั้งหมดของ CUP ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๓	ผลงานวิจัย/ R๒R /นวัตกรรม ด้านสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการ/วารสาร Online /Website ระดับจังหวัดอย่างน้อย ๕ เรื่อง/ได้รับรางวัลจากเวทีระดับจังหวัด หรืองบประมาณที่ใช้ในการวิจัย ๑.๐๑—๑.๒๐% ของงบประมาณทั้งหมดของ CUP ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๔	ผลงานวิจัย/ R๒R /นวัตกรรม ด้านสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการ/วารสาร Online ที่มีชื่อในฐาน TCI ฐาน ๒ อย่างน้อย ๕ เรื่อง/ได้รับการคัดเลือกเวทีระดับจังหวัด/หรืองบประมาณที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนา ๑.๒๑-๑.๕๐% ของงบประมาณทั้งหมดของ CUP ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑
๕	ผลงานวิจัย/ R๒R /นวัตกรรมด้านสุขภาพของสถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการ/วารสาร Online ที่มีชื่อในฐาน TCI ฐาน ๑ อย่างน้อย ๕ เรื่อง/นวัตกรรมได้รับการจดทะเบียนทรัพย์สินทางปัญญาอย่างน้อย ๑ เรื่องหรืองบประมาณที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนามากกว่า ๑.๕๐% ของงบประมาณทั้งหมดของ CUP ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

**เงื่อนไข:** ให้หน่วยงานจัดส่งแผนการพัฒนาแผนการวิจัยและการจัดการความรู้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมกับการรายงานผลการปฏิบัติราชการรอบ ๖ เดือน (มีนาคม ๒๕๖๒) การนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่างๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการ ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศและนำไปใช้ประโยชน์ตาม วัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัยสามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่าง เป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความ วิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ

#### แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

##### ๑. การแจงบ่งชี้ความรู้ที่ผลิตโดย

๑.๑ หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (CUP)

๑.๒ สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานเข้าประกวดและผ่านการคัดเลือกผลงานดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเครือข่ายสุขภาพ (CUP)

๑.๓ สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานเข้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และผ่านการคัดเลือกผลงานดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการระดับจังหวัด

๑.๔ สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานเข้าประกวด และผ่านการคัดเลือกผลงานดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของเขตสุขภาพที่ ๗

๑.๕ สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานเข้าประกวดและผ่านการคัดเลือกผลงานดีเด่น จากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข

๑.๖ เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ส่งผลงานเข้าประกวดในการประชุมวิชาการปลายปีของ  
สำนักการพยาบาล

## ๒. การนิเทศ

### เอกสารหลักฐานที่ใช้ประกอบตัวชี้วัด

๑. ฐานข้อมูลผลงานวิชาการของหน่วยงาน (จำนวนและรายชื่องานวิจัย) จำแนกรายปีที่ดำเนินการเสร็จ  
ปีที่น่าไปใช้ประโยชน์ ชื่อหน่วยงานที่น่าไปใช้ประโยชน์ และ รายงานค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการวิจัยและพัฒนา

๒. การนำเสนอในการประชุมวิชาการอำเภอ จังหวัด เขตสุขภาพ ภายในประเทศ/ ระดับนานาชาติ  
หลักฐานประกอบ ได้แก่ หนังสือเชิญ/ รูปภาพประกอบการประชุม/ Proceedings

๔. การตีพิมพ์วารสารวิชาการระดับประเทศ/ ระดับนานาชาติ หลักฐานประกอบ คือ

-หนังสือตอบรับจากบรรณาธิการ /บทความ และปกวารสารที่ตีพิมพ์

๕. การนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ ระบุรายละเอียดการใช้ประโยชน์ที่ชัดเจน พร้อมหลักฐานประกอบ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายบุญเลิศ พิมศักดิ์ เบอร์ติดต่อ: ๐-๙๘๑๐-๓๕๗๑๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นายเสฐียรพงษ์ ศิวินา เบอร์ติดต่อ: ๐-๘๘๕๐๘-๒๐๘-๐

กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ				
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓		๔	๕		
แผนงานที่ ๑:การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (๓ โครงการ ๕ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	๑. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย	✓		๖	≤๑๗	๑๘.๒๒	๑๘	๑๗	๑๖	๑๕	๑๔	ส่งเสริม		
		๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	✓		๖	๙๕	๙๗.๖๙	๙๘.๑	๙๘.๓	๙๘.๕	๙๘.๗	๙๘.๙	“		
		๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงตีสมาส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	✓		๕	๕๔	๕๘.๖	๕๒	๕๕	๕๘	๕๑	๕๔	“		
	๒. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียน และวัยรุ่น	๑. ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงตีสมาส่วน			✓		๗๐	๗๗.๘๗						“	
			๔. ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๕ ปี มีปัญหาทางการเรียน จากภาวะสุขภาพ (LD, ADHD) เข้าถึงบริการ	✓		๕									“
		๔.๑ สมာธิสัน				๙	๗.๙๗	๕	๖	๗	๘	๙			
		๔.๒ ภาวะบกพร่องทางการเรียน				๕	๑.๓๗		๒	๓	๔	๕			
		๒. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐			✓									“	
		๓. ร้อยละของการตั้งครกซ์ในหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี				✓		๔๒	๑๖.๕๖						“
			๔. ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี หลังคลอดหรือหลังแท้งได้รับบริการคุมกำเนิดด้วยวิธีการกึ่งถาวร (ยาฝังภายใน ๔๒ วัน)			✓									“

กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก			เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓	๔	๕	
	๓. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	๕. ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	✓		๖	<๘๔	๗๖.๖๘	๗๒	๗๔	๗๖	๗๘	๘๐	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
แผนงานที่ ๒ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัด (ตามยุทธศาสตร์)	๔. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (DHB) โครงการ ๑ ตัวชี้วัด (ตามยุทธศาสตร์)	๖. ร้อยละของอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (District Health Board (DHB) ที่มีคุณภาพ	✓		๖	๕	๖๐	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ฯ
		๕. ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพผ่านระดับดี		✓		๗๐	๑๐๐						ฝ่ายสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
แผนงานที่ ๓ : การป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (๔ โครงการ ๒ ตัวชี้วัด ตามยุทธศาสตร์)	๕. โครงการพัฒนาระบบการควบคุมตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	๖. ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง		✓		๘๐	๙๔						พัฒนายุทธศาสตร์ควบคุมโรคติดต่อระบาดวิทยา
	๖. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	๗. ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี											ควบคุมโรคติดต่อสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน



กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ			
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓		๔	๕	
	๗.โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	๘. อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน		✓		≤๑๖	๑๕.๖							โรคไม่ติดต่อ
		๗. อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	✓		๕	≤๒.๔๐	๒.๐๒	≥๒.๖๐	๒.๕๐	๒.๔๐	๒.๓๐	≤๒.๒๐		โรคไม่ติดต่อ
	๘. โครงการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๘. ร้อยละคะแนนความสำเร็จของที่กำหนด การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภค ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	✓		๖	๘๐	๙๖.๙๑	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐		คปส.
แผนงานที่๔ :การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	๙. โครงการ GREEN & CLEAN Hospital	๙. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ. และสถานบริการเครือข่าย	✓		๕	๕	๔.๑	๑	๒	๓	๔	๖		สิ่งแวดล้อมฯ

กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ			
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓		๔	๕	
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	๑๐.โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ	๑๐.ร้อยละของคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	✓		๓	๕								ประกันสุขภาพ (รอกะทรวงฯ)
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (๑๕ โครงการ ๘ ตัวชี้วัดตาม)	๑๑.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๑๑.ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้	✓											NCD
		๑๑.๑ เบาหวาน			๒	>๔๐	๒๕.๓๕	≤๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	≥๔๐		
		๑๑.๒ ความดัน			๑	>๕๐	>๕๐	≤๔๖	๔๘	๕๐	๕๒	≥๕๔		
		๙.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)		✓										NCD
		๑๒.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	✓		๑	<๒๔	๒๓.๑๖	≥๒๖	๒๕.๕	๒๕	๒๔.๕	≤๒๔		NCD
	๑๒.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล	๑๓.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	✓		๓	๗๕	๙๖.๑๒	๖๕	๖๐	๗๕	๘๐	๘๕		คปส

กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ		
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓		๔	๕
	๑๓.โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	๑๐ ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง		✓		๑๐							NCD
	๑๔.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาทารกแรกเกิด	๑๑.อัตราการตายทารกแรกเกิด		✓		๓.๔							ส่งเสริมสุขภาพ
	๑๕.โครงการพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	๑๔.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	✓		๑๔	๓							ส่งเสริมสุขภาพ (รอกะทรงวงฯ)
	๑๖.โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย	๑๒.ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน		✓									คปส.
	๑๗.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	๑๓.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต		✓									ส่งเสริมสุขภาพ
		๑๔.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ		✓									“
	๑๘.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก	๑๕.อัตราการตายจากติดเชื้อ (Sepsis)		✓									พัฒนาคุณภาพฯ
		๑๖.จำนวนโรงพยาบาลที่มีทีม Capture the fracture		✓									พัฒนาคุณภาพฯ
	๑๙.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๑๗.ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F๒ ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดสาขาโรคหัวใจ (Fibrinolyticdrug) ในผู้ป่วย STEMI ได้		✓									
		๑๘.อัตราการตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง		✓									NCD

กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ		
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓		๔	๕
	๒๐.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคเมะเร็ง	๑๕. อัตราตายด้วยโรคมะเร็งลดลง	✓										NCD
		๑๕.๑ ร้อยละผู้ป่วยเมะเร็ง ๕ อันดับแรก			๑	๘๕	N/A	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	NCD
		ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด											(รอปรับปรุง)
		๑๕.๒ อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดีลดลง			๑	ลดลง	N/A						NCD
		๑๕.๓ อัตราการตายจากมะเร็งปอดลดลง			๑	ลดลง	N/A						NCD
๒๑.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต	๑๖. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของeGFR<๔ml/min/๑.๗๓m๒/yr	✓			๒	≥๖๗	๗๔.๑๗	๖๕	๖๖	๖๗	๖๘	๖๙	ประกันสุขภาพ
๒๒.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	๑๙. ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน			✓									NCD
๒๓.โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๑๗. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (๓ month remission rate)	✓											ส่งเสริมสุขภาพ
					๑	๒๐	N/A	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	
					๑	๔๐	N/A	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒	
๒๔.โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง(Intermediate Care)	๑๘. ร้อยละของโรงพยาบาล M/F ที่ให้บริการ Intermediate Care (IMC)	✓			๑	๕	๔.๓๓	๑	๒	๓	๔	๕	พัฒนาคุณภาพ

กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ		
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓		๔	๕
	๒๕.โครงการพัฒนาระบบบริการ one day surgery	๒๐.จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ การผ่าตัดแบบ One Day Surgery		✓									พัฒนาคุณภาพ
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาตาม โครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตาม ยุทธศาสตร์)	๒๗.โครงการเฉลิมพระเกียรติ ร. ๑๐(TB)	๑๙.อัตราความสำเร็จการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	✓		๒	๘๕	๗๗.๓๓๓	≤๘๒	๘๓	๘๔	๘๕	≥๘๖	ควบคุมโรคติดต่อ
แผนงานที่ ๘ : อุตสาหกรรมทาง การแพทย์ครบวงจร (๑โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	๒๘.โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร	๒๐.จำนวนเมืองสมุนไพร การบริการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	✓		๒	๕	๔	๑	๒	๓	๔	๕	แพทย์แผนไทย

กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์บุคคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ			
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓		๔	๕	
แผนงานที่ ๙ : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (๓ โครงการ ๓ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	๒๙.โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	๒๑.ระดับความสำเร็จของอำเภอ	✓		๔	๕	๔.๐	๑	๒	๓	๔	๕	พัฒนาคุณภาพ	
		อำเภอที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด												ทรัพยากรบุคคล
	๓๐.โครงการ Happy MOPH	๒๑.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด		✓		๔๐								พัฒนาคุณภาพ
		๒๒.ความสำเร็จของการดำเนินงาน	✓		๓	๕	๔.๑	๑	๒	๓	๔	๕	พัฒนาคุณภาพ	
	๓๑.โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ	๒๒.อัตราการคงอยู่ของบุคลากรด้านสุขภาพ (Retention Rate)		✓		๘๕								ทรัพยากรบุคคล
		๒๓.ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ		✓		๖๐	๗๒							ทรัพยากรบุคคล
	๓๑.โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ	๒๓.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพ	✓		๓	๗๐	๑๐๐	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	ภาคประชาชน	
		ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (Health Literacy)												

กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ปี ๖๒		เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ	
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓	๔	๕		
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (๒โครงการ ๔ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์	๓๒.โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใสและบริหารความเสี่ยง	๒๔.ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	✓		๑	๑๐๐	๑๐๐	๐.๐๐-	๒๐-	๔๐-	๖๐-	๘๐-	บริหารทั่วไป	
		๒๕.ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	✓		๑	๒๕	๓๘.๙๔						นิติการ	
		๒๖.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการ กพร.สป.	✓		๑	๗๐	๗๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐	ตรวจสอบภายใน	
		๒๗.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด สธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่าน สรพ. การรับรอง HA ชั้น ๓		✓										คปส.
		๒๘.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	✓		๓									ทันตฯ
	๓๓.โครงการพัฒนาองค์กร คุณภาพ	๒๖.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของส่วนราชการ กพร.สป.												พัฒนายุทธศาสตร์
		๒๗.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด สธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่าน สรพ. การรับรอง HA ชั้น ๓												พัฒนาคุณภาพ
		๒๘.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ดีดดาว	✓		๓									ประกันสุขภาพ
														****

## กำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด เป้าหมาย ผลงาน ความสอดคล้องกับนโยบาย การกำหนดตัวชี้วัด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

### ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน ปี ๒๕๖๒					ผู้รับผิดชอบ		
						เป้า ๖๒	ผลงาน ๖๑	๑	๒	๓		๔	๕
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (๒ โครงการ ๒ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	๓๔.โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพแห่งชาติ(NHIS)	๒๘.ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการ	✓										พัฒนายุทธศาสตร์
		๒๘.๑ อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย (ILL Define)			๑	<๒๕		≥๓๖	๓๒	๒๘	๒๔	≤๒๐	
	๒๘.๒ ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์			๑	>๕๐		๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐		
	๓๕.โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)	๒๙.ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ สุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	✓		๒	๕	N/A	๑	๒	๓	๔	๕	
แผนงานที่ ๑๒ : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (๒ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	๓๖.โครงการลดความเหลื่อมล้ำของกองทุน	๒๕.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน		✓		๒๕	๔๓.๗๘						NCD
		๓๗.โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	๓๐.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	✓		๒	๕	๔.๖	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๑๓ : การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ (๑ โครงการ ๑ ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์)	๓๘.โครงการพัฒนางานวิจัยผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	๓๑.ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	✓		๓	๕	๕	๑	๒	๓	๔	๕	พัฒนายุทธศาสตร์
				๓๑	๒๕	๑๐๐							