



# คู่มือประเมินผล



**การปฏิบัติราชการ  
หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ  
และจัดลำดับหน่วยงาน  
(Ranking)**



## ปี 2565 จังหวัดยโสธร

## คำนำ

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๕ จังหวัดยโสธร เนื้อหาประกอบด้วยตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ส่วนที่ ๑ คະแนนจากการปฏิบัติงานใน HDC ร้อยละ ๓๐ ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนน ๒๘ KPI และส่วนที่ ๒ เป็นคะแนนที่ได้จากการประเมินกระบวนการและผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ ร้อยละ ๗๐ ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนน ๑๑ ประเด็น ๒๕ KPI ซึ่งรายละเอียดในเอกสาร จะแสดงให้เห็นถึงขอบเขต เนื้อหา รายละเอียด วิธีการในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อวัดและประเมินการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อันเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด

คณะผู้จัดทำคาดหวังว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๕ จังหวัดยโสธร ซึ่งหากเอกสารฉบับนี้ มีข้อผิดพลาดและขาดความสมบูรณ์ของเนื้อหา คณะผู้จัดทำขอน้อมรับข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

มกราคม ๒๕๖๕

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๕ จังหวัดยโสธร

## สารบัญ

คำนำ  
สารบัญ

หน้า  
ก  
ข

ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)  
ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จังหวัดยโสธร

รายละเอียด	หน้า
ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จังหวัดยโสธร	ง
ส่วนที่ ๑ คะแนนที่ได้จาก ผลจากการปฏิบัติงานใน HDC	ง
ส่วนที่ ๒ คะแนนที่ได้จาก ผลจากการปฏิบัติงานในพื้นที่	ฉ
รายละเอียดตัวชี้วัดที่ได้จากผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ ประเด็นนโยบายและปัญหาที่สำคัญ	
<b>ประเด็นที่ ๑ ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง</b>	
KPI ๑. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	๑
KPI ๒. อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๔
KPI ๓. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดตาม	๕
<b>ประเด็นที่ ๒ สมุนไพร ภัยสุขภาพ ภัยซิง</b>	
KPI ๑. ระดับความสำเร็จการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	๑๐
KPI ๒. ระดับความสำเร็จการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัย ระดับประคอง	
KPI ๓. ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น	
KPI ๔. ระดับความสำเร็จการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถาน บริการสาธารณสุข	
<b>ประเด็นที่ ๓ สุขภาพดีวิถีใหม่</b>	
KPI ๑. กิจการ กิจกรรม สถานประกอบการ ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการ ป้องกันโรคโควิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่ : TSC+ และ CFS	๑๗
KPI ๒. หน่วยบริการสาธารณสุขปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโค วิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่ : TSC+ และ CFS	๑๗
KPI ๓. จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	๑๙

รายละเอียด	หน้า
<b>ประเด็นที่ ๔ COVID-19</b>	
KPI ๑. ร้อยละของเหตุการณ์ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้สงบได้ ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน	๒๙
KPI ๒. ร้อยละความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙	๓๒
<b>ประเด็นที่ ๕ ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม</b>	
KPI ๑. ระดับความสำเร็จผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	๓๔
KPI ๒. ระดับความสำเร็จเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (IQ)	๔๓
KPI ๓. ระดับความสำเร็จการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย	๕๐
<b>ประเด็นที่ ๖ ธรรมชาติบำบัด</b>	
KPI ๑. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒	๕๔
KPI ๒. ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ	๕๖
<b>ประเด็นที่ ๗ องค์กรแห่งความสุข</b>	
KPI ๑. องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	๖๘
<b>ประเด็นที่ ๘ ยาเสพติด</b>	
KPI ๑. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	๗๒
KPI ๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติด ตามเป้าหมายในระบบสมัครใจได้รับการค้นหาคัดกรอง แบบบูรณาการ และนำเข้าสู่การบำบัดรักษายาเสพติดในสถานบริการทุกระดับ	
KPI ๓. จำนวนหมู่บ้านจัดตั้ง CBTx. ใหม่ ๑ หมู่ และ และจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดแบบCBTx.ตามเป้าหมาย	
<b>ประเด็นที่ ๙ โรคเบาหวาน</b>	
KPI ๑. การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้	
KPI ๒. ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๕ ml/min/๑.๗๓m <sup>๒</sup> /yr	๗๕
	๗๙
<b>ประเด็นที่ ๑๐ อุบัติเหตุทางถนน</b>	
KPI ๑. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน	๘๓
<b>ประเด็นที่ ๑๑ OV/CCA</b>	
KPI ๑. การจัดการสิ่งปฏิกูลด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	๘๗

## ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)

### ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดยโสธร

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อจัดลำดับ (Ranking) เครื่องมือบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2565 จังหวัดยโสธร แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** คะแนนจาก ผลจากการปฏิบัติงานใน HDC ร้อยละ 30 ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนน 28 KPI รายละเอียด ดังนี้

ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ	ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
2	อัตราทายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน น้อยกว่า 3.6 ต่อการเกิดมีชีพพันคน	น้อยกว่า 3.6 ต่อพัน
3	เด็กอายุ 0 – 5 ปี ได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
4	เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 64	ร้อยละ 64
5	เด็กอายุ 0-5 ปี มีภาวะเตี้ย ไม่เกินร้อยละ 10	ไม่เกินร้อยละ 10
6	เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
7	เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
8	เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ 90	ร้อยละ 90
9	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $\leq 12$ สัปดาห์ ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
10	หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 75	ร้อยละ 75
11	ทารกแรกเกิดจนถึง 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
12	เด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ ร้อยละ 75 (ความครอบคลุมการตรวจสุขภาพช่องปากร้อยละ 50 ขึ้นไป)	ร้อยละ 75
13	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกินร้อยละ 14	ไม่เกินร้อยละ 14
14	หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟลิก ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
15	เด็กอายุ 6 – 12 เดือน มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกินร้อยละ 20	ร้อยละ 20
16	เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปีได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 80	ร้อยละ 80

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๕ จังหวัดยโสธร

ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
17	ระดับค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ไมโครกรัมต่อลิตร ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
18	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ไม่เกิน 25	ไม่เกิน 25 ต่อหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน
19	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ร้อยละ 74	ร้อยละ 74
20	การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
21	การตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
22	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
23	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 88	ร้อยละ 88
24	ผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 20.5	ร้อยละ 20.5
25	การให้การดูแลตามแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) ในผู้ป่วย ประคับประคองอย่างมีคุณภาพ ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
26	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ ร้อยละ 5	ร้อยละ 5
27	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยา姑息療法ทางการแพทย์ ร้อยละ 5	ร้อยละ 5
28	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรจังหวัดในเขตสุขภาพ ร้อยละ 2	ร้อยละ 2

**ส่วนที่ 2** คะแนนจาก การประเมินกระบวนการและผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ ร้อยละ 70 ซึ่งมี  
จำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนน 11 ประเด็น 25 KPI รายละเอียด ดังนี้

ประเด็น นโยบายและปัญหาที่สำคัญ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1.ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง	1	การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ร้อยละ 44
	2	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 75
	3	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ร้อยละ 75
2.สมุนไพรมุ่ง กัญชา กัญชง	1	ระดับความสำเร็จการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	ร้อยละ 80
	2	ระดับความสำเร็จการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยระดับประคอง	ร้อยละ 5
	3	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้สมุนไพรมุ่งในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น	ร้อยละ 3
	4	ระดับความสำเร็จการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุข	ร้อยละ 20.5
3.สุขภาพดีวิถีใหม่	1	กิจการ กิจกรรม สถานประกอบการ ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด 19 รongรับสุขภาพดีวิถีใหม่ : TSC+ และ CFS	ร้อยละ 90
	2	หน่วยบริการสาธารณสุขปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด 19 รongรับสุขภาพดีวิถีใหม่ : TSC+ และ CFS	ร้อยละ 100
	3	จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ	80,175 คน
4.COVID-19	1	ร้อยละของเหตุการณ์ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ให้สงบได้ ภายใน 21 – 28 วัน	ร้อยละ 100
	2	ร้อยละความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด 19	ร้อยละ 90

ประเด็น นโยบายและปัญหาที่สำคัญ	ตัวชี้วัด ที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
5.ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	1	ระดับความสำเร็จผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 1.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ 1.2 ร้อยละของผู้สูงที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 1.3 ร้อยละของผู้สูงอายุผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะ สมองเสื่อมและพลัดตกหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	ร้อยละ 50 ร้อยละ 90 ร้อยละ 30
	2	ระดับความสำเร็จเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (IQ)	ร้อยละ 85
	3	ระดับความสำเร็จการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย	≤ 8.0 ต่อแสน
6.ธรรมาภิบาล	1	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 92
	2	ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ	ร้อยละ 90
7.องค์กรแห่งความสุข	1	องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	1 หน่วยงาน
8.ยาเสพติด	1	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ 58
	2	ผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติด ตามเป้าหมายในระบบสมัครใจได้รับการค้นหา คัดกรอง แบบบูรณาการ และนำเข้าสู่การบำบัดรักษาเสพติดใน สถานบริการทุกระดับ	ร้อยละ 100
	3	จำนวนหมู่บ้านจัดตั้ง CBTx. ใหม่ 1 หมู่ และจำนวนผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการบำบัดแบบ CBTx. ตามเป้าหมาย	อำเภอละ 1 หมู่บ้าน
9.โรคเบาหวาน	1	การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่ ควบคุมได้	≥ ร้อยละ 40
	2	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr	≥ ร้อยละ 66
10.อุบัติเหตุทางถนน	1	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิต จากอุบัติเหตุทางถนน	≤ 25.36 ต่อ แสน
11.OV/CCA	1	การจัดการสิ่งปฏิกูลด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	≥ 1 แห่ง/ อำเภอ



## ประเด็นที่ ๑ ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

### KPI ๑. การพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

(Primary Care Unit: PCU and Network of Primary Care Unit: NPCU)

**Objective** = มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ

**KR๑** = ประชาชนในอำเภอมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว

**KR๒** = Family Register (ฝังเครือญาติ) ครอบครัว อสม. และ ครอบครัวผู้ป่วย DM ครอบครัว อสม. และ ร้อยละ ๘๐

**KR๓** = มีป้าย/สติ๊กเกอร์ ประชาสัมพันธ์คลินิกหมอครอบครัว ครอบคลุมทุกครัวเรือนในเขต PCU และ NPCU ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัด	รายละเอียดหลักเกณฑ์ประเมิน	น้ำหนักคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
การจัดตั้งและจำนวนประชากรที่มีรายชื่ออยู่ใน PCU/NPCU	จำนวนการจัดตั้ง PCU/NPCU ตามแผนการจัดตั้ง ๑๐ ปี (๒๕๖๑-๒๕๗๐) จังหวัดยโสธร และประชากรที่มีรายชื่ออยู่ใน PCU/NPCU ที่ได้ขึ้นทะเบียน (Register) ตาม พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ ๒๕๖๒ (แหล่งข้อมูล: แผนจัดฯ อำเภอ)	๑	จำนวนการจัดตั้ง PCU/NPCU และจำนวนประชากรที่มีรายชื่ออยู่ใน PCU/NPCU ที่มีแพทย์ FM และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ - จัดตั้งได้ครบ ตามแผนฯ = ๑ คะแนน - จัดตั้งไม่ครบตามแผนฯ = ๐.๕ คะแนน
Staff	๑. ฝังโครงสร้าง หมอประจำตัว ๓ คน	๑	ฝังโครงสร้าง หมอประจำตัว ๓ คน (แพทย์MD/FM/คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ) และแบ่งหมู่บ้านพื้นที่รับผิดชอบ - มีฝังโครงสร้าง หมอประจำตัว ๓ คน / พื้นที่รับผิดชอบตามหมู่บ้าน ครบทุกหมู่บ้าน = ๑ คะแนน - ไม่มีฝังโครงสร้าง หมอประจำตัว ๓ คน / พื้นที่รับผิดชอบตามหมู่บ้าน = ๐.๕ คะแนน (แสดงให้เห็น ณ PCU/NPCU)
System	๒. จำนวน/ร้อยละ หลังคาเรือนที่ได้รับการติดป้าย/สติ๊กเกอร์ หมอประจำตัว ๓ คน	๑	หลังคาเรือนที่ได้รับการติดป้าย/สติ๊กเกอร์ หมอประจำตัว ๓ คน - ครบทุกหลังคาเรือน = ๑ คะแนน - ๙๐-๙๙ % หลังคาเรือน = ๐.๕ คะแนน - < ๙๐ % หลังคาเรือน = ๐ คะแนน (สุ่ม ๑๐ หลังคาเรือนใน PCU/NPCU และบ้านกลุ่มเปราะบาง)

ตัวชี้วัด	รายละเอียดหลักเกณฑ์ประเมิน	น้ำหนัก คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	<b>๒. ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังคุณภาพ (เบาหวาน)</b>		
	- หลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DMเรื้อรัง) ที่ PCU&NPCU รับผิดชอบ ที่ได้รับ Family Register ได้รับการดูแลโดยแพทย์ FM/คณะผู้ให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ ของ PCU&NPCU	๑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Family Register (ผังเครือญาติ Genogram) ครีวเรือนที่มีผู้ป่วย DM และในครัวเรือน อสม.</li> <li>- ๘๐ % ขึ้นไป = ๑ คะแนน</li> <li>- ๖๐-๗๙.๙๙% = ๐.๕ คะแนน</li> <li>- ต่ำกว่า ๖๐ % = ๐ คะแนน</li> </ul>
	การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลคุณภาพ โรคเบาหวาน ของแพทย์ FM/คณะผู้ให้บริการ สุขภาพปฐมภูมิ ของ PCU&NPCU	๑	<p><b>๑.วิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาของ โรคเบาหวาน</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและมีสรุปรายงานสภาพปัญหาโรคเบาหวาน <b>ครบทุกมิติ</b> = ๑ คะแนน</li> <li>- มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและมีสรุปรายงานสภาพปัญหาโรคเบาหวานของ PCU&amp;NPCU <b>แต่ไม่ครบทุกมิติ</b> = ๐.๕ คะแนน</li> <li>- <b>ไม่มี</b>กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและ <b>ไม่มีสรุปรายงานสภาพปัญหา</b> โรคเบาหวานของ PCU&amp;NPCU = ๐ คะแนน</li> </ul>
		๑	<p>๒. การวางแผนการดำเนิน ตามสภาพ ปัญหาโรคเบาหวานของพื้นที่ ที่ครอบคลุมความเสี่ยงสุขภาพรายบุคคล และจัดกิจกรรมบริการรักษา / ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม / ส่งเสริมสุขภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีแผนงานที่<b>ครอบคลุม</b>ตามสภาพ ปัญหา = ๑ คะแนน</li> <li>- มีแผนงานแต่<b>ไม่ครอบคลุม</b>ตามสภาพ ปัญหา = ๐.๕ คะแนน</li> <li>- <b>ไม่มี</b>แผนการดำเนินงาน = ๐ คะแนน</li> </ul>
		๑	<p>๓. การดำเนินงาน/กิจกรรม ตามแผนงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการดำเนินงาน/กิจกรรม ตามแผนงานที่วางไว้ = ๑ คะแนน</li> <li>- มีการดำเนินงาน/กิจกรรม ตามแผนงานที่วางไว้ = ๐.๕ คะแนน</li> <li>- <b>ไม่มี</b>การดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้ = ๐ คะแนน</li> </ul>

ตัวชี้วัด	รายละเอียดหลักเกณฑ์ประเมิน	น้ำหนักคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA <sub>1c</sub> ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA <sub>1c</sub> ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘)	๒	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละการตรวจ HbA<sub>1c</sub> ในผู้ป่วยเบาหวาน เขตรับผิดชอบ</li> <li>ร้อยละ <math>\geq ๘๐</math> = ๑ คะแนน</li> <li>ร้อยละ ๗๐ - ๗๙ = ๐.๕ คะแนน</li> <li>ร้อยละ <math>&lt; ๗๐</math> = ๐ คะแนน</li>   <li>- ร้อยละการควบคุมน้ำตาลได้ดี</li> <li>ร้อยละ <math>\geq ๓๐</math> = ๑ คะแนน</li> <li>ร้อยละ ๒๕ - ๒๙ = ๐.๕ คะแนน</li> <li>ร้อยละ <math>&lt; ๒๕</math> = ๐ คะแนน</li> </ul>
	<b>๓. ระบบคุณภาพบริการ</b>		
	- สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU&NPCU) OP visit	๑	<ul style="list-style-type: none"> <li>- อัตราส่วนการให้บริการ OPD visit : HOSP visit (จาก ๔๓ แห่ง)</li> <li>- สัดส่วน <math>&gt; ๑.๗</math> = ๑ คะแนน</li> <li>- สัดส่วน ๑.๕๑-๑.๗๐ = ๐.๕ คะแนน</li> <li>- สัดส่วน <math>&lt; ๑.๕๐</math> = ๐ คะแนน</li> </ul>

## KPI ๒. อำเภอฟ่่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

## คำอธิบายการดำเนินงาน KPI Ranking

## การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) : Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของอำเภอฟ่่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อโดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับหัวหน้าปกครอง ท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมาย รวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน ๘๗๘ แห่ง</p> <p>กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่นตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าว ที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙</p> <p>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย ๒ ใน ๓ ปัจจัย ดังนี้</p> <p>๑) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้ รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ</p> <p>๒) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล</p>

	<p>๓) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกระงับการทำารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง</p> <p>(อ้างอิง : บวรศม สิริพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,๒๕๕๙)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๗๕			
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑			
เกณฑ์ประเมิน ปี ๒๕๖๕				
เกณฑ์การประเมิน	ประเมินความสำเร็จของอำเภอ ในดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ และพขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง			
เกณฑ์เป้าหมาย : การประเมิน พขอ.				
	ค่าคะแนน	๑	๒	๓
	คะแนนการประเมิน	๐-๒๐	๒๑-๒๕	๒๖-๓๐
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการประเมิน Ranking ประเมิน พขอ. คุณภาพ ตามเกณฑ์			
แหล่งข้อมูล	๑. เอกสารตามเกณฑ์ พขอ.คุณภาพตามเกณฑ์ ๒. สัมภาษณ์คณะกรรมการ พขอ.			
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ ไตรมาส ๒ รอบที่ ๒ ไตรมาส ๔			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานและประสานงานจังหวัด	๑. นางสุวรรณี แสนสุข หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๙๖๒๔ ๑๑๔๕๑ ๒. นางอารีรัตน์ เนติวัชรเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๙๙๙ ๔๙๘๒			

## เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการ (Ranking) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

### ๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)

**Objective** = เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง ” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบ สำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

KR๑ = ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๗๕

KR๒ = พขอ.ที่มีคุณภาพ ดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ตามบริบทของอำเภอ

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนน
๑	พขอ.ที่มีคุณภาพ	๑.การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พขอ.)ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย ๒ เรื่อง	๑๕
		๑.๑ มีคำสั่งคณะกรรมการ พขอ. ที่เป็นปัจจุบัน - มี เป็นปัจจุบัน = ๑ - มีไม่เป็นปัจจุบัน = ๐	๒
		๑.๒. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น (หลักฐานการประชุม/รายงานการประชุม) - มีครบ และสมบูรณ์ = ๓ - มีแต่ไม่ครบ = ๒ - ไม่มี = ๐	๓
		๑.๓ คำสั่งคณะทำงาน ตามประเด็น พขอ. - มีครบทุกประเด็น = ๒ - มีแต่ไม่ครบ = ๑ - ไม่มี = ๐	๒
		๑.๔ มีแผนงาน/โครงการ ตามประเด็น พขอ. - มีครบทุกประเด็น = ๔ - มีแต่ไม่ครบ = ๓ - ไม่มี = ๐	๔
		๑.๕ มีสรุปผลการดำเนินงาน เป็นลายลักษณ์อักษร - มีครบ และสมบูรณ์ตามเป้าหมายการดูแล = ๔ - มีแต่ไม่ครบ = ๓ - ไม่มี = ๐	๔

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนน
๒	พขอ. มีการดูแลคุณภาพชีวิตในกลุ่มเปราะบาง	พขอ. มีการดูแลคุณภาพชีวิตในกลุ่มเปราะบาง	๑๕
๒	พขอ. มีการดูแลคุณภาพชีวิตในกลุ่มเปราะบาง	๒.๑ มีข้อมูล ในการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทพื้นที่ - มีข้อมูลกลุ่มเปราะบาง ๓ กลุ่ม ขึ้นไป = ๒ คะแนน - มีข้อมูลกลุ่มเปราะบาง น้อยกว่า ๓ กลุ่ม = ๑ คะแนน - ไม่มีข้อมูลกลุ่มเปราะบาง = ๐ คะแนน	๒
		๒.๒ พขอ.มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน - มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปาะบางครบตามข้อมูลที่น่าเสนอ = ๒ คะแนน - มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปาะบาง แต่ไม่ครบตามข้อมูลที่น่าเสนอ = ๑ คะแนน - ไม่มีการกำหนดเป้าหมายเป้าหมายในการพัฒนา = ๐ คะแนน	๒
		๒.๓ พขอ.มีการจัดทำแผนงาน/โครงการในการดูแลกลุ่มเปาะบาง - มีแผนงาน โครงการ ดูแลกลุ่มเปราะบาง ครบตามข้อมูลที่น่าเสนอ = ๓ - มีแผนงาน โครงการ ดูแลกลุ่มเปราะบาง แต่ไม่ครบตามข้อมูลที่น่าเสนอ = ๒ - ไม่มีแผนงาน โครงการ ในการการดูแลกลุ่มเปราะบาง = ๐	๓
		๒.๔ พขอ. มีการบริหารจัดการบูรณาการ ทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในกลุ่มเปราะบาง - มีการบริหารจัดการบูรณาการฯ มากกว่า ๓ หน่วยงาน/องค์กร = ๔ - มีการบริหารจัดการบูรณาการฯ น้อยกว่า ๓ หน่วยงาน/องค์กร = ๓ - ไม่มีการบริหารจัดการบูรณาการฯ = ๐	๔
		๒.๕ คณะกรรมการ พขอ. มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และกลุ่มเปราะบาง ตามองค์ประกอบ UCCARE (หลักฐานการเยี่ยมเสริมพลัง และ เอกสารสรุปผลการประเมินตามเกณฑ์ UCCARE) - มีการเยี่ยมเสริมพลังประเมินผลงานตามเกณฑ์ UCCARE และมีการสรุปผลการดำเนินงานคะแนนตาม UCCARE = ๔ - มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลงานตามเกณฑ์ UCCARE แต่ไม่มีเอกสารสรุป = ๓ - ไม่มีการประเมินตนเองตาม UCCARE = ๐	๔

## KPI ๓. ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

ตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด : ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ค่าเป้าหมาย ร้อยละ ๗๕ (สะสม)				
คำนิยาม	<p>๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมศูนย์ สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) หน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล (PCU/NPCU)</p> <p>๒. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของ รพ.สต. ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดี ๓) ภาควิชามีส่วนร่วม ๓) บุคลากรดี ๔) บริการดี ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี</p> <p>หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด ๕ ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ร้อยละ ๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</li> <li>- ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</li> <li>- ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ ๘๐ เท่ากับ ๕ ดาว</li> </ul> <p>๓. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว โดยรักษาสุขภาพ ๒ ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>				
เกณฑ์การประเมิน	<p>๑. ประเมินระบบพี่เลี้ยงสนับสนุนสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว (รอบที่ ๑)</p> <p>๒. ประเมินตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว (รอบที่ ๒)</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย:					
๑. การประเมิน ระบบพี่เลี้ยงสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว					
ค่าคะแนน	๐-๑.๐๐	๑.๑-๒.๐๐	๒.๐๑-๓.๐๐	๓.๐๑-๔.๐๐	๔.๐๑-๕.๐๐
คะแนนการประเมิน	๑	๒	๓	๔	๕



๒. รพ.สต.เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ในปี ๒๕๖๕ อำเภอคัดเลือก รพ.สต.เป้าหมาย อำเภอละ ๑ แห่ง ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ ๘๐ เท่ากับ ๕ ดาว

ค่าคะแนน	๒	๓	๔	๕
คะแนนการประเมิน	๘๐.๐๐ - ๘๕.๙	๘๖-๙๐.๙	๙๑-๙๕.๙	๙๖-๑๐๐

<b>วัตถุประสงค์</b>	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยโสธร จำนวน ๓๗ แห่ง สุ่มประเมินเป้าหมาย อำเภอละ ๑ รพ.สต.
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	๑. คณะกรรมการประเมิน Ranking ประเมินระบบที่เลี้ยงสนับสนุนสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว (รอบที่ ๑) ๒. คณะกรรมการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับจังหวัด ประเมินมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว (รอบที่ ๒)
<b>แหล่งข้อมูล</b>	๑. ข้อมูลการประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับตำบล อำเภอ ในระบบ ข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ <a href="http://gishealth.moph.go.th/pcu">http://gishealth.moph.go.th/pcu</a> ๒. ข้อมูลจาก คณะกรรมการประเมิน Ranking ประเมินระบบที่เลี้ยงสนับสนุนสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว รพ.สต. ๓. คะแนนการประเมินมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว โดยคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด
<b>ระยะเวลาประเมินผล</b>	๑. การประเมินตนเอง ในระดับหน่วยงานและอำเภอ ภายในเดือน ๒๘ กพ.๖๕ ๒. Raking รอบที่ ๑ ประเมินระบบที่เลี้ยง ๓. Raking รอบที่ ๒ ประเมินตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน</b>	๑.นางสุวรรณี แสนสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ มือถือ ๐๘๙-๖๒๔๑๑๔๕ ๒. นายรัฐพล อินทวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ มือถือ ๐๘๑-๕๔๗๙๗๒๒

## ประเด็นที่ ๒ สมุนไพร กัญชา กัญชง

หมวด	๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	๑๗. โครงการกัญชาทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	<p>๑. ระดับความสำเร็จการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>๒. ระดับความสำเร็จการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยระดับประคอง</p> <p>๓. ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น</p> <p>๔. ระดับความสำเร็จการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุข</p>
คำนิยาม	<p>๑. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน และ/หรือ แพทย์แผนไทย โดยมีการจัดการบริการให้ผู้ป่วยเข้าถึงโดยง่าย เช่น มีระบบการคัดกรองหรือนัดหมายล่วงหน้า ระบบ Care manager ประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับบริการ</p> <p>๒. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง</p> <p>๒.๑ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒.๒ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต ๑๔ แห่ง (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ โรงพยาบาลจิตเวชพิษณุโลก), กรมการแพทย์ ๑๗ แห่ง (โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์(วัดไร่ขิง) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณ ธิญบุรี โรงพยาบาลมะเร็งลำปาง โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี โรงพยาบาลมะเร็งสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี สถาบันโรคผิวหนัง โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้จังหวัดตรัง สถาบันประสาทวิทยา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ โรงพยาบาลสงฆ์) และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ๑ แห่ง (โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน) (เป้าหมายจำนวน ๓๒ แห่ง)</p> <p>๒.๓ สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยา กัญชา ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ.๒๕๖๒</p> <p>๓. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ทันตแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้</p>

<p>โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๔. ยาแก้ปวด หมายถึง ยาสารสกัดกัญชา ตำรับยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม หรือน้ำมันกัญชา</p> <p>๕. Palliative care หมายถึงผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (รหัส ICD๑๐ กรณีแพทย์แผนปัจจุบัน Z๕๑.๕ กรณีแพทย์แผนไทย U๕๐-๖๗๗ และ Z๕๑.๕)</p> <p>๖. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การปรุงยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การปรุงยาตามองค์ความรู้สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์</li> <li>- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้ มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใดๆ ของพืชกัญชา อาทิ ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การหัดหม้อเกลือ</li> <li>- การพอกยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก</li> <li>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน</li> <li>- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</li> </ul> <p>๗. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การแพทย์แผนจีน เช่น ผิงเข็ม รมยา ครอบแก้ว/ครอบกระปุก</li> <li>- การแพทย์ทางเลือก เช่น สมุนไพรบำบัด</li> </ul> <p>หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <p>๘. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข</p> <p>๙. ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ และ/หรือ ยาปรุงเฉพาะราย</p> <p>๑๐. มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง มูลค่าที่เกิดขึ้นจากการจ่ายยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
---

เกณฑ์เป้าหมาย				
รายการ	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖	ปี ๒๕๖๗	ปี ๒๕๖๘
รพ.สังกัด สป.สธ.	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
สถานพยาบาลเอกชน	เขตสุขภาพละ ๓ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๕ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๑๐ แห่ง	เขตสุขภาพละ ๑๕ แห่ง
ร้อยละของผู้ป่วยที่มี การวินิจฉัยระยะ ประคับประคอง (Palliative care) ที่ ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๐
ร้อยละของผู้ป่วย ทั้งหมดที่ได้รับการ รักษาด้วยกัญชาทาง การแพทย์	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๕	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑๕	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐
ร้อยละของผู้ป่วยนอก ทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษา โรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์ แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๒๐.๕			
ร้อยละมูลค่าการใช้ สมุนไพรในสถาน บริการสาธารณสุข เพิ่มขึ้น	ร้อยละ ๓			
<b>วัตถุประสงค์</b>	๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ๒. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์ ๓. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มี คุณภาพ ครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ			

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ ๒. ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุก ระดับ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ และข้อมูลจากการลงนิเทศงาน ๒. ข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แพ้มี่ กระทรวงสาธารณสุข ๓. ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	๑. รวบรวมจากระบบสารสนเทศ และข้อมูลจากการลงนิเทศงาน ๒. ๔๓ แพ้มี่ (PERSON/PROVIDER/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/ PROCEDURE_OPD/LABOR/ COMMUNITY_SERVICE) ๓. Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔

## เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๕

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
<p>๑. มีแนวทางการจัดบริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ</p> <p>๒. ผู้ให้บริการ ได้รับการ อบรมความรู้ในการจัดบริการ คลินิกกัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการ</p> <p>๓. มีแผนการคนหาผู้ป่วยที่มี การวินิจฉัยระยะระดับ ประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยา กัญชาทางการแพทย์</p> <p>๔. มีการจัดบริการการแพทย์ แผนไทยและการแพทย์ ผสมผสาน ให้บริการแบบ on- site/online/telehealth/ telepharmacy/ให้ คำแนะนำสุขภาพผ่าน line OA (Fah First Aid)</p> <p>๕. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยา สมุนไพรทดแทน ยาแผน ปัจจุบัน หรือการใช้ยา</p>	<p>๑. มีการให้บริการผู้ป่วยนอก ด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษา โรค และฟื้นฟูสภาพด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อย ละ ๒๐.๕</p> <p>๒. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยา สมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒</p>	<p>๑. ร้อยละผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยระยะระดับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับ การรักษาด้วยยากัญชาทาง การแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓</p> <p>๒. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ รักษาด้วยกัญชาทาง การแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓</p>	<p>๑. ร้อยละผู้ป่วยที่มีการ วินิจฉัยระยะระดับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับ การรักษาด้วยยากัญชาทาง การแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕</p> <p>๒. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ รักษาด้วยกัญชาทาง การแพทย์ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕</p> <p>๓. มีการให้บริการผู้ป่วยนอก ด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษา โรค และฟื้นฟูสภาพด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก ร้อย ละ ๒๐.๕</p> <p>๔. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยา สมุนไพร เพิ่มขึ้นร้อยละ ๓</p>



## เกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (Ranking)

จ.ยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

## รายละเอียด การประเมินกระบวนการ

เกณฑ์พิจารณา	ระยะเวลาผลงาน	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
<p><b>ตัวชี้วัดที่ ๑ . ระดับความสำเร็จการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</b></p> <p>๑. มีแนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>๒. ผู้ให้บริการ ได้รับการอบรมความรู้ในการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ และมีประกาศนียบัตรการอบรมกัญชาทางการแพทย์ อย่างน้อย ๒ วิชาชีพ ได้แก่ แพทย์แผนปัจจุบัน และแพทย์แผนไทย</p> <p>๓. อัตราการสั่งใช้ยากัญชาทางการแพทย์เพิ่มขึ้น</p> <p>๔. มีระบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>๕. มีการเก็บข้อมูลความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์</p> <p><b>ตัวชี้วัดที่ ๒ ระดับความสำเร็จการเข้าถึงบริการกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยระยะประคับประคอง</b></p> <p>๑. มีแผนการค้นหาผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>๒. มีระบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>๓. อัตราผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ เพิ่มขึ้น</p> <p>๔. มีระบบเยี่ยมบ้านผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับยากัญชาทางการแพทย์</p> <p>๕. มีการรายงานที่เป็นปัจจุบัน</p>	๖ เดือน , ๑๒ เดือน	<p>ครบ ๕ ข้อ = ๒.๕</p> <p>คะแนน</p> <p>ได้ ๔ ข้อ = ๒ คะแนน</p> <p>ได้ ๓ ข้อ = ๑.๕ คะแนน</p> <p>ได้ ๒ ข้อ = ๑ คะแนน</p> <p>ได้ ๑ ข้อ = ๐.๕ คะแนน</p> <p>ไม่ได้ทำ = ๐ คะแนน</p>	

## รายละเอียด การประเมินกระบวนการงาน(ต่อ)

เกณฑ์พิจารณา	ระยะเวลาผลงาน	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
<p><b>ตัวชี้วัดที่ ๓ ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้น</b></p> <p>๑. มีรายงานการกำหนดและการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน โดย ๑ รายการ คือ ฟ้าทะลายโจรในการรักษาโควิด-๑๙</p> <p>๒. มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ให้บริการแบบ on- site/online/telehealth/telepharmacy/ให้คำแนะนำสุขภาพผ่าน line OA (Fah First Aid)</p> <p>๓. ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ รายการ</p> <p>๔. มีรายงานมูลค่าการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับไตรมาสของปีก่อนหน้า</p> <p>๕. อัตรามูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น</p> <p><b>ตัวชี้วัดที่ ๔ ระดับความสำเร็จการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุข</b></p> <p>๑. มีแผนงานโครงการระดับอำเภอขับเคลื่อนการพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกให้สอดคล้องกับสถานการณ์</p> <p>๒. มีการจัดบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน ให้บริการแบบ on-site/online/telehealth</p> <p>๓. มีอัตราการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกของผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น</p> <p>๔. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายยาสมุนไพร เพิ่มขึ้น (จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการส่งจ่ายยาทั้งหมด)</p> <p>๕. มีแผนตอบโต้สถานการณ์โรคระบาดโควิด ๑๙ในการให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	<p>๖ เดือน , ๑๒ เดือน</p>	<p>ครบ ๕ ข้อ = ๒.๕</p> <p>คะแนน</p> <p>ได้ ๔ ข้อ = ๒ คะแนน</p> <p>ได้ ๓ ข้อ = ๑.๕ คะแนน</p> <p>ได้ ๒ ข้อ = ๑ คะแนน</p> <p>ได้ ๑ ข้อ = ๐.๕ คะแนน</p> <p>ไม่ได้ทำ = ๐ คะแนน</p>	



### ประเด็นที่ ๓ สุขภาพดีวิถีใหม่

KPI ๑. กิจการ กิจกรรรม สถานประกอบการ ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่ : TSC+ และ CFS

KPI ๒. หน่วยบริการสาธารณสุขปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่ : TSC+ และ CFS

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผน	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	กิจการ กิจกรรรม สถานประกอบการ หน่วยบริการสาธารณสุขปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่
คำนิยาม	กิจการ กิจกรรรม สถานประกอบการ หมายถึง สถานประกอบกิจการ หรือสถานที่สาธารณะ ซึ่งประชาชนใช้บริการในชีวิตประจำวัน หรือสถานที่ที่มีการรวมกันของกลุ่มคน และมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรคโควิด ๑๙ หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง รพท. รพช. และ รพ.สต. มาตรการ หมายถึง คำแนะนำ แนวปฏิบัติด้านสาธารณสุข แนวปฏิบัติด้านส่งเสริมสุขภาพ แนวปฏิบัติด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม มาตรการ หรือ มาตรฐานความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ สำหรับ กิจการ กิจกรรรม สถานประกอบการ ตามที่ กรมอนามัยกำหนด
เกณฑ์เป้าหมาย :	
	๑) ร้อยละ ๙๐ ของกิจการ กิจกรรรม สถานประกอบการ ปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่ : TSC+ และ CFS ๒) ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยบริการสาธารณสุขปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่ : TSC+ และ CFS
วัตถุประสงค์	เพื่อให้กิจการ กิจกรรรม สถานประกอบการ หน่วยบริการสาธารณสุขปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กิจการ กิจกรรรม สถานประกอบการ และหน่วยบริการสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลจากหลักฐานในการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่ของกิจการ กิจกรรรม สถานประกอบการ หน่วยบริการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	หลักฐานในการปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยในการป้องกันโรคโควิด ๑๙ รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่ของกิจการ กิจกรรรม สถานประกอบการ หน่วยบริการสาธารณสุข ในระดับอำเภอ : Thai Stop COVID Plus และ Covid Free Settings



## KPI ๓. จำนวนคนมีความรอบรู้สุขภาพ

ตัวชี้วัด	จำนวนคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ
คำนิยาม	<p><b>๑. การดำเนินการความรอบรู้สุขภาพ</b> สำหรับปี ๒๕๖๕ ทำในขอบเขตของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข “สุขภาพดีวิถีใหม่ ๓ อ.”</p> <p><b>๒. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ</b> หมายถึง Digital Health literacy ซึ่งเป็นการบริหารจัดการความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล โดยบุคคลรอบรู้หมายถึงบุคคลจะต้องมี ๓ องค์ประกอบ ดังนี้</p> <p>๒.๑ เข้าถึง ด้วยการ register เข้าสู่ Health book online เพื่อเข้าถึงองค์ความรู้ที่กระทรวงสาธารณสุขได้จัดการความรู้ไว้เป็นอย่างดีแล้ว</p> <p>๒.๒ เข้าใจ ด้วยการ screening &amp; assessment จากเครื่องมือคัดกรองและรายงานผลในระบบออนไลน์ เช่น BMI, CVD risk score, BSE, H&amp;U, แบบประเมินความเครียด ฯลฯ</p> <p>๒.๓ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยใช้เครื่องมือ Adjust Behavior บนออนไลน์ เช่น การออกกำลังกายด้วยก้าวทำใจ การควบคุมแคลลอรี่ด้วยโปรแกรมประเมินอาหาร การลดความเครียดโดยเครื่องมือของกรมสุขภาพจิต</p> <p><b>๓. ๑ คนรอบรู้</b> = register + screening &amp; assessment + Adjust Behavior</p> <p><b>๔. คน</b> หมายถึง ผู้ลงทะเบียนเข้าสู่ระบบลงทะเบียนระบบ Application ก้าวทำใจ โดยเชื่อม platform health book ไว้แล้ว ภายใน platform health book ยังประกอบด้วย Application ๑๐ Packages (โปรแกรมการตรวจสุขภาพ), Application BSE, Application H&amp;U, สาวไทยแก้มแดง, ไอโอดีน, Food&amp;Health ฯลฯ</p> <p><b>บัญชี</b> หมายถึง ข้อมูลการลงทะเบียนผ่านระบบ Application</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อสร้างความรอบรู้ด้วย Digital Health literacy ให้ประชาชนสุขภาพดีด้วย ๓ อ. ด้วยตนเองหรือคนในครอบครัวที่สามารถใช้เครื่องมือออนไลน์เป็น</p> <p>๒. เพื่อลดภาระงานของเจ้าหน้าที่จากการให้บริการสร้างความรอบรู้แบบเดิม รวมถึงการลดภาระเรื่องการรายงาน เนื่องจาก platform สามารถออกรายงานจำนวนคนรอบรู้เป็นอัตโนมัติรายจังหวัดและอำเภอ</p> <p>๓. เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา NCDs ซึ่งเป็นปัญหาระดับประเทศที่ต้องได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่ยังไม่มีรูปแบบการจัดการสุขภาพที่ชัดเจนและเข้าถึงได้ง่ายไม่ เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบประกันสุขภาพทั้ง ๓ กองทุนในระยะยาว</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. จำนวนคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน ๘๐,๑๗๕ คน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชากรไทยทุกคน โดยตั้งค่าเป้าหมายปี ๒๕๖๕ จำนวน ๘๐,๑๗๕ ล้านคน โดยเน้น ๓ setting ต่อไปนี้</p> <p>๑. ผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการ</p> <p>๒. ประชาชนในชุมชนเมืองหรือชนบทผ่านการสมัครโดยตรง หรือ อสม.</p> <p>๓. นักเรียน/นักศึกษาในสถานศึกษา</p>

<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p><b>การดำเนินการ</b></p> <p>๑. การรับสมัครให้เข้ามา register ผ่าน Application ซึ่งจะมีการเก็บข้อมูลโดยอัตโนมัติ</p> <p>๑.๑ ชุมชน ดำเนินการผ่าน อสม รพ.สต. หรือโรงพยาบาล เชิญชวนประชาชนเข้าสมัคร platform ครอบรู้สุขภาพผ่าน Application</p> <p>๑.๒ โรงงาน/สถานประกอบการ รพ.สต. หรือโรงพยาบาลประสานงานกับสำนักงาน ประกันสังคมจังหวัดหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานตามบันทึกข้อตกลง (MOU) ๗ หน่วยงาน ที่ร่วมดำเนินการ ๑๐ packages โดยมีรูปแบบการดำเนินงานใน สถานประกอบการ ดังต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การจัดกิจกรรม kick off ระดับจังหวัด โดยศูนย์อนามัยและ สสจ บูรณาการร่วมกับ แผนของสำนักงานประกันสังคมจังหวัด เพื่อเป็นต้นแบบให้ สสจ ทุกอำเภอได้ศึกษานำไป ขยายต่อในทุกอำเภอต่อไป</li> <li>- กรมอนามัยสนับสนุนรายการต่อไปที่สามารถดาวน์โหลดในระบบออนไลน์ ประกอบด้วย แบบหนังสือแจ้งผู้ประกอบการที่ลงนามโดยหน่วยงานในพื้นที่ แบบโปสเตอร์ สมัครสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน และใบรับรองสถานประกอบการ ส่งเสริมสุขภาพ โดยแบ่งระดับดังนี้</li> <li>- ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน หมายถึง เจ้าของสถานประกอบการ หรือแกนนำสุขภาพในสถานประกอบการ เชิญชวนสมาชิกสมัครใน Application ก้าวทำใจ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ดำเนินการตามบนระบบออนไลน์ <ul style="list-style-type: none"> <li>- ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน หมายถึง ผ่านมาตรฐาน สถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน และได้ดำเนินการ ๑๐ packages อย่าง น้อย ๓ packages</li> <li>- ใบรับรองสถานประกอบการส่งเสริมสุขภาพดีเด่น หมายถึง ผ่านสถาน ประกอบการส่งเสริมสุขภาพมาตรฐาน และมีการขยายเครือข่าย</li> </ul> </li> </ul> <p>๑.๓ โรงเรียน ประสานผ่านครูอนามัย งานอนามัยโรงเรียน</p> <p>ทั้งนี้สามารถใช้ข้อมูล Dash board เพื่อรายงานการลงทะเบียนรายหน่วยงานได้ เพราะ ในการลงทะเบียนสามารถระบุกลุ่มโรงเรียน สถานประกอบการได้ โดยเชิญชวนให้สมัคร และเข้าถึงความรอบรู้ในแอปก้าวทำใจ</p> <p>การลงทะเบียนสร้างเสริมความรอบรู้วิถีใหม่ ๓๐. ข้อมูลจะถูกจัดเก็บอัตโนมัติ ใน Application ก้าวทำใจ และกรมอนามัยจะประมวลผลเพื่อจัดทำเป็น Dash board โดยสามารถระบุได้ตามศูนย์อนามัยเขต รายจังหวัดและรายอำเภอ</p> <p>มีขั้นตอนการใช้ Application ดังนี้</p> <p><b>Application ก้าวทำใจ (โครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ) ขั้นตอนดังนี้</b></p> <p>๑. เข้า <a href="https://activefam.anamai.moph.go.th/">https://activefam.anamai.moph.go.th/</a> หรือ <a href="https://www.kaotajai.com/login">https://www.kaotajai.com/login</a> เลือก ลงทะเบียน</p>
------------------------------------	---

๒. ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code



LINE @THNVR

Application ๑๐ Packages ประกอบด้วย ๓ โปรแกรม ดังนี้

โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า [doh.hpc.go.th/screen/index.php](http://doh.hpc.go.th/screen/index.php)
๒. สมัครสมาชิกหัวข้อ “login”
๓. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้เพื่อเข้าสู่ระบบ

โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า <http://apps.hpc.go.th/checkup>
๒. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สถานประกอบการสมัครสมาชิก”
๓. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “เข้าสู่ระบบสถานประกอบการ”
๔. เข้าสู่หัวข้อ “ตรวจสุขภาพ” แล้วเลือกหัวข้อ “ลงทะเบียนบุคคล”
๕. กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มแล้วบันทึกข้อมูล

หมายเหตุ สามารถจัดการข้อมูลรายละเอียดได้ตามหัวข้อ ดู, แบ่งปัน, แก้ไข, ลบข้อมูล

โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง (Self-monitoring) ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า [hpc.go.th/hpd/hp/diet/index.php](http://hpc.go.th/hpd/hp/diet/index.php)
๒. สมัครสมาชิกหัวข้อ “สมัครสมาชิก”
๓. เข้าสู่ระบบด้วย Username และ Password ที่ตั้งไว้ในหัวข้อ “Login เข้าสู่ระบบ”
๔. เข้าสู่ระบบเพื่อเข้าใช้โปรแกรม

โปรแกรม Thai Fit Stop Fat ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้าโปรแกรม Line ค้นหาเพื่อนโดยพิมพ์ @thaifitstopfat
๒. คลิกปุ่มลงทะเบียน
๓. กรอกข้อมูลทั่วไป
๔. บันทึกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว ทุกสัปดาห์
๕. กดปุ่มประวัติการบันทึกเพื่อดูข้อมูลการวิเคราะห์เบื้องต้น
๖. หรือสแกน QR Code เข้าโปรแกรม



Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับสตรีอายุ ๒๐ ปีขึ้นไป)  
ขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า <http://doh.hpc.go.th/bseApp/>
๒. เข้าหัวข้อที่ ๑ ขั้นตอนในการใช้โปรแกรม มีหัวข้อให้เลือกตามสถานะดังนี้
  - ๑ ตรวจสอบรายชื่อว่าอยู่ในฐานข้อมูลหรือไม่
  - ๒ ถ้าไม่พบ ให้ทำการลงทะเบียนสมัครสมาชิกใหม่
  - ๓ Login เข้าสู่ระบบ
    ๑. Username = “เลข ๑๓ หลัก” หรือจะใช้ “ชื่อ นามสกุล” ก็ได้
    ๒. Password = วันเดือนปีเกิด เช่น  
เกิดวันที่ ๑ ก.พ. ๒๕๑๒ = ๐๑๐๒๒๕๑๒ หรือจะใช้เบอร์โทรศัพท์ก็ได้  
(กรณีที่ได้เพิ่มเบอร์โทรศัพท์เข้าไปแล้ว)
  - ๔ ทำรายการตรวจเต้านมประจำเดือน
  - ๕ ดูบันทึกการตรวจเต้านม
๓. หรือเข้า QR Code เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการสมัคร



Application H&U Plus (การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อม  
ที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน) ขั้นตอนดังนี้

๑. ดาวน์โหลด Application H&U Plus ได้ทั้งระบบ IOS และ Android



๒. เข้าสู่ Application H&U plus เลือกหัวข้อแบบสอบถามเพื่อเข้าสู่ข้อคำถาม  
พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน

Googleform สาวไทยแก้มแดง

๑. แสแกน QR Code



๒. กรอกข้อมูลตามแบบสอ'
๓. ยืนยันการส่งข้อมูล

Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

๑. เข้า <https://checkin.dmh.go.th/index.php>
๒. เลือกโปรแกรมที่ต้องการประเมิน



การรายงานผลการลงทะเบียนในระบบฐานข้อมูลโครงการเสริมสร้างความรอบรู้วัยทำงาน สุขภาพดีในสถานประกอบการ แต่ละ Application ดังนี้

**Application ก้าวทำใจ (โครงการ ๑๐ ล้านครอบครัวไทย ออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ)** มีขั้นตอนดังนี้

๑. เข้า <https://activefam.anamai.moph.go.th/> หรือ <https://www.kaotajai.com/login> เลือก ลงทะเบียน
๒. ลงทะเบียน ผ่าน LINE ก้าวทำใจ โดยค้นหา @thnvr หรือ สแกน QR Code



LINE @THNVR

**Application ๑๐ Packages**

(โปรแกรมการคัดกรองข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมการกรอกข้อมูลสุขภาพ โปรแกรมเฝ้าระวังสุขภาพตนเอง (Self-monitoring) และโปรแกรม Thai Fit Stop Fat)

๑. เข้าสู่ระบบ [doh.hpc.go.th/screen/registerSum\\_region.php](http://doh.hpc.go.th/screen/registerSum_region.php)
๒. ข้อมูล App คือ กลุ่มที่ขึ้นทะเบียนผ่านโปรแกรม

**Application BSE การบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (สำหรับเจ้าหน้าที่)** ขั้นตอนดังนี้

๑. Log in ด้วยรหัสสถานพยาบาล
  ๒. เปิดดูข้อมูล BSE ที่ผิดปกติของประชาชนในพื้นที่ในพื้นที่รับผิดชอบ
  ๓. ติดตามเพื่อให้มาตรวจยืนยัน
  ๔. ถ้า CBE แล้วผิดปกติ ส่งต่อ
  ๕. ใส่ผลการดำเนินงานผ่าน Application มาได้
- \*\* สามารถดู**
๑. รายชื่อผู้ทำรายการผ่าน BSE Application ได้
  ๒. สรุป BSE รายเขต/จังหวัด/อำเภอ/ตำบลได้
๖. หรือเข้า QR Code เข้าสู่ขั้นตอนการประมวลผลจำนวนคนที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่าน Application



### Googleform สวไทยแก้มแดง

สำนักโภชนาการจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

### Application ดูแลจิตใจ Mental Health Check in

กองส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตจะดำเนินการรวบรวมและตรวจสอบข้อมูล

### แพลตฟอร์มไอโอดีน

๑. เข้า <http://๒๐๓.๑๕๗.๗๑.๑๔๙/hl/iodine/menu>
๒. เลือกหัวข้อ สำหรับประชาชน หรือสำหรับเจ้าหน้าที่
๓. เลือกหัวข้อต่าง ๆ ตามต้องการ เช่น หาไอโอดีนได้จากที่ไหน แผนที่ไอโอดีน ความรู้เรื่องไอโอดีน ฯลฯ

### Application Food&Health

(สื่อเมนูสุขภาพและการรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์)


โครงการจัดการสภาพแวดล้อมและการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการเตรียมความพร้อมวัยทำงานสู่วัยสูงอายุที่มีสุขภาพดี

web application ใช้งานผ่านมือถือ


๑. เข้า <https://f&h.anamai.moph.go.th>  
หรือ สแกน QR Code




๒. ลงทะเบียนเข้าใช้งาน กรอกข้อมูลชื่อนามสกุล หมายเลขประจำตัวประชาชน หรือหมายเลขโทรศัพท์ น้ำหนัก และส่วนสูง ที่อยู่ ระดับการใช้พลังงาน และข้อมูลอื่น ๆ ให้ครบถ้วน (ถ้าไม่ได้ประกอบอาชีพขายอาหาร ไม่ต้องใส่ชื่อร้าน) กดลงทะเบียน




๓. กดที่ปุ่ม  เพื่อตรวจสอบผลการประเมินภาวะโภชนาการ ผอม ปกติ (หุ่นดี) น้ำหนักเกิน อ้วน อ้วนอันตราย

๔. กดที่ปุ่มรูปจาน  เพื่อบันทึกการกินอาหารแต่ละมื้อ

๕. กดปุ่ม  เพื่อเรียกดูเมนูอาหาร จะมีประเภทอาหารให้เลือก เลือกอาหารที่กินแต่ละมื้อ และปริมาณที่กิน กดบันทึก ทำจนครบทุกมื้อ

๖. กดที่ปุ่ม  เพื่อดูคำแนะนำการกินอาหาร พลังงานที่ควรได้รับ ปริมาณอาหารที่ควรได้รับ ผลการกินอาหารเทียบกับปริมาณที่ควรได้รับ และเมนูสุขภาพที่ผ่านการรับรองจากกรมอนามัย กดเพื่อดูที่อยู่ร้านและอื่นๆ



	<p>๗. กดปุ่ม  จะนำไปสู่เมนูการตั้งค่า/เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล ดูคะแนน Health Point ส่งข้อเสนอแนะต่าง ๆ ประเมินความพึงพอใจ และแผนที่เมนูสุขภาพ</p> <p>๘. สำหรับร้านอาหาร</p> <p>๘.๑สามารถใช้งานเพิ่มเติมได้ในส่วนของการพัฒนาเมนูสุขภาพ และการรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์ โดยกดปุ่ม  กรอกข้อมูลประเภทอาหาร ชื่อเมนู จำนวนคนต่อสูตร ราคา</p> <p>๘.๒บันทึกส่วนประกอบและปริมาณ กวีเคราะห์ผลการประเมิน บันทึกสูตรอาหาร และภาพถ่าย</p> <p>๘.๓กดปุ่ม  เพื่อพิมพ์ใบรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์ บันทึกใบรับรองและสั่งพิมพ์ได้ตามต้องการ</p> <p><b>Application FunD</b> เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก และสนับสนุนให้ผู้ใช้งานประเมินสภาวะช่องปากของตนเอง สามารถใช้งานได้ทั้งระบบ IOS และ Android</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>๑. รวบรวมผลการดำเนินการแต่ละ Application ก่อนนำส่งข้อมูลไปยังศูนย์อนามัยเขตต่อไป</p> <p>๒. มีการเพิ่มเติม Application ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ในภายหลัง</p>
<p><b>เกณฑ์การให้คะแนน</b></p>	<p><b>ระดับอำเภอ ( ๔๐ คะแนน)</b></p> <p>๑. มีคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ</p> <p>๒. มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพแบบบูรณาการระดับอำเภอ อย่างน้อย ๒ ครั้ง / ปี</p> <p>๓.มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพระดับอำเภอ</p> <p>๔.มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการฯ ผ่านสื่อทุกช่องทาง</p> <p>๕.มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ สถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน</p> <p>๖.มีการบันทึกข้อมูลใน Application <b>ก้าวทำใจ</b></p> <p><b>ระดับตำบล ( ๒๐ คะแนน )</b></p> <p>๑. มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการฯ ผ่านสื่อทุกช่องทาง</p> <p>๒.มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ สถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน</p> <p>๓.มีการบันทึกข้อมูลใน Application <b>ก้าวทำใจ</b></p> <p><b>การประเมินผลลัพธ์ระดับอำเภอ ( ๔๐ คะแนน )</b></p> <p>๑.รายงานการบันทึกข้อมูลใน Application <b>ก้าวทำใจ</b> ระดับอำเภอ</p>
<p><b>ระยะเวลาประเมิน</b></p>	<p>๑ ครั้ง/ปี</p>

<b>วิธีการประเมินผล</b>	๑. สรุปผลการดำเนินงาน ๒. ภาพกิจกรรมที่ดำเนินการในพื้นที่ ๓. รายงานผลการลงทะเบียนจากแบบรายงานศูนย์อนามัยที่ ๑๐ ๔. คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application ต่างๆ
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	๑. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application ๑๐ Packages ๒. คู่มือแนวทางการใช้งาน Application BSE คู่มือแนวทางการใช้งาน Application H&U
<b>หน่วยงานที่รับการประเมิน</b>	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง
<b>ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นางจินตนา พลมีศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒ นายณัฐภณต์ ครองสิน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ ๐๘๔ ๖๕๖๕๐๔๖

## แบบประเมิน จำนวนคนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

## การประเมินกระบวนการ

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
<b>ระดับอำเภอ 40 คะแนน</b>			
1	มีคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มี	0 คะแนน 5 คะแนน	
2	มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะทำงานการสร้างความรู้ด้าน สุขภาพระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีประชุม ๑ ครั้ง ( ) มีประชุม ๒ ครั้งขึ้นไป	0 คะแนน 2 คะแนน 5 คะแนน	
3	มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานการสร้างความรู้ด้าน สุขภาพระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มี	0 คะแนน 5 คะแนน	
4	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการฯ ผ่านสื่อทุกช่องทาง ( ) ไม่มี ( ) มี 2 ช่องทาง ( ) มีมากกว่า 2 ช่องทาง	0 คะแนน 5 คะแนน 10 คะแนน	
5	มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ สถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน ( ) ไม่มี ( ) มี 2 setting ( ) มีมากกว่า 2 setting	0 คะแนน 3 คะแนน 5 คะแนน	
6	มีการบันทึกข้อมูลใน Application ก้าวทำใจ ( ) ไม่มี ( ) มีการบันทึกแต่ยังไม่ครอบคลุม ( ) มีการบันทึกครอบคลุม	0 คะแนน 5 คะแนน 10 คะแนน	

ระดับตำบล 20 คะแนน			
1	มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการฯ ผ่านสื่อทุกช่องทาง ( ) ไม่มี ( ) มี 2 ช่องทาง ( ) มีมากกว่า 2 ช่องทาง	0 คะแนน 5 คะแนน 10 คะแนน	
2	มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมกิจกรรม ได้แก่ สถานศึกษา สถานประกอบการ ชุมชน ( ) ไม่มี ( ) มี 2 setting ( ) มีมากกว่า 2 setting	0 คะแนน 3 คะแนน 5 คะแนน	
3	มีการบันทึกข้อมูลใน Application ก้าวทำใจ ( ) ไม่มี ( ) มีการบันทึกแต่ยังไม่ครอบคลุม ( ) มีการบันทึกครอบคลุม	0 คะแนน 5 คะแนน 10 คะแนน	

## การประเมินผลลัพธ์

## ระดับอำเภอ 40 คะแนน

เกณฑ์พิจารณา	รอบที่	เกณฑ์คะแนน					
		< 10 %	10 – 19%	20 – 29 %	30 – 39 %	40-49 %	≥ 50 %
รายงานการบันทึก ข้อมูลใน Application	1	< 10 %	10 – 19%	20 – 29 %	30 – 39 %	40-49 %	≥ 50 %
		15 คะแนน	20 คะแนน	25 คะแนน	30 คะแนน	35 คะแนน	40 คะแนน
ก้าวทำใจ ระดับ อำเภอ	2	< 50 %	50 – 59%	60 – 69 %	70 – 79 %	80-89 %	≥ 90 %
		15 คะแนน	20 คะแนน	25 คะแนน	30 คะแนน	35 คะแนน	40 คะแนน

## ประเด็นที่ ๔ COVID-19

KPI ๑. ร้อยละของเหตุการณ์ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้สงบได้ ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน

หมวด	๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	๒. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	ร้อยละ
ชื่อตัวชี้วัด	การควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้สงบได้ ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน
คำนิยาม	<p>๑. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) หมายถึง การติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทั้งที่มีอาการและไม่มีอาการ โดยมีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันเป็นบวก</p> <p>๒. เหตุการณ์ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้สงบได้ ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน หมายถึง ณ วันที่มีรายงานพบผู้ป่วยได้รับการยืนยันเป็นผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ รายแรกของเหตุการณ์ (Event) เมื่อติดตามสถานการณ์ไป ๒๘ วันแล้ว หลังจากนั้นไม่พบผู้ป่วยยืนยันรายใหม่เกิดขึ้น (<u>นับเฉพาะผู้ป่วยติดเชื้อในพื้นที่</u>)</p> <p>หมายเหตุ : สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ทุกเหตุการณ์ให้สงบได้ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด ๑๙</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (Base line)	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖
การควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้สงบได้ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน	-	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์	เพื่อให้อำเภอมีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ จำนวนเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และจำนวนเหตุการณ์ที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ให้สงบได้ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน (ฐานข้อมูล กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ)
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ ใช้แหล่งข้อมูลจากฐานข้อมูล กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ให้สงบได้ภายใน ๒๑-๒๘ วัน					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนที่เกิดเหตุการณ์ (Event) การระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่ได้รับแจ้งทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ระดับอำเภอ : ร้อยละของเหตุการณ์ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ให้สงบได้ ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (A/B) x ๑๐๐					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๑ - ๔					
เกณฑ์การประเมิน :	ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	๑	ร้อยละของเหตุการณ์ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้สงบได้ ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน				
	๒	ข้อมูลทางระบาดวิทยา คือ ทะเบียนผู้ติดเชื้อ/กลุ่มเสี่ยง รายงานสอบสวนทันเวลา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานการประชุม (EOC) และข้อมูลในโปรแกรม R ๕๐๖	√	√	√	√
ประเทศ : รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน						
ที่	ตัวชี้วัด	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๑	ร้อยละของเหตุการณ์ที่สามารถควบคุมสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ให้สงบได้ภายใน ๒๑ - ๒๘ วัน	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕
๒	ข้อมูลทางระบาดวิทยา คือ ทะเบียนผู้ติดเชื้อ/กลุ่มเสี่ยง รายงานสอบสวนทันเวลา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ รายงานการประชุม (EOC) และข้อมูลในโปรแกรม R ๕๐๖	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕



## KPI ๒. ร้อยละความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด ๑๙

หมวด	1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)				
แผนที่	3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการที่	2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	ร้อยละ				
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของอำเภอที่สามารถฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้ร้อยละ 90				
คำนิยาม	<p>1. วัคซีนโควิด 19 หมายถึง วัคซีนที่ให้บริการตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>2. อำเภอที่สามารถฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้ร้อยละ 90 หมายถึง อำเภอที่สามารถฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้ร้อยละ 90 ขึ้นไป (เข้มที่ 1)</p> <p>หมายเหตุ : โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (Base line)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
	อำเภอฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1 ได้ร้อยละ 90	-	-	ร้อยละ 90	-
วัตถุประสงค์	เพื่อให้อำเภอมีความพร้อมรับมือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	อำเภอ จำนวน 9 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร (ฐานข้อมูล MOPH-IC กระทรวงสาธารณสุข)				
แหล่งข้อมูล	ผลงานการฉีดวัคซีนจากฐานข้อมูล MOPH-IC กระทรวงสาธารณสุข ประชากรตามสิทธิการรักษาจากฐานข้อมูล สปสช.				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนตามสิทธิรักษาที่ได้รับการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนตามสิทธิรักษาในพื้นที่จังหวัดยโสธร				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ระดับอำเภอ : ร้อยละของผู้ที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1</p> <p>สูตรคำนวณตัวชี้วัด = <math>(A/B) \times 100</math></p> <p>ฐานประชาชนที่ขึ้นทะเบียนตามสิทธิรักษา ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2564</p>				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4				



เกณฑ์การประเมิน :	ที่	เป้าหมาย/ตัวชี้วัด	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	1	ร้อยละของประชาชนที่ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ร้อยละ 90	✓	✓	✓	✓	
	ประเทศ : รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน						
วิธีการประเมินผล :	ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	1	ร้อยละของประชาชนที่ได้รับ การฉีดวัคซีนตามเป้าหมาย	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
	ประเทศ :						
เอกสารสนับสนุน :	ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน			หน่วยงาน รับผิดชอบ	
	1	ร้อยละของประชาชนที่ได้รับ การฉีดวัคซีนตามเป้าหมาย 90%	ตรวจสอบผลการฉีดวัคซีน ในฐานข้อมูล MOPH-IC กระทรวงสาธารณสุข เมนู Report >>รายงานสรุป การฉีดวัคซีน แยกตาม กลุ่มเป้าหมาย แยกเข็ม			กลุ่มงานควบคุม โรคติดต่อ กลุ่มงานประกัน สุขภาพ กลุ่ม งานเทคโนโลยี สารสนเทศ	
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.			
				2561	2562	2563	
	ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการฉีดวัคซีน ตามเป้าหมาย		อำเภอ	ตัวชี้วัดใหม่ 2565			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร						
	1. นางชลลดา สรอนุศาสตร์		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 45712 233-4		โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 08 9627 2858				
	2. นายอาคม มูลสาร		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 45712 233-4		โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 08 1790 1332				
	3. นายชาญชัย เสี้ยวทอง		นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 45712 233-4		โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 08 7645 9050				

## ประเด็นที่ ๕ คุณลักษณะภาพแบบองค์รวม

ตัวชี้วัดที่ ๑ ระดับความสำเร็จผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

หน่วยวัด คะแนน

น้ำหนักคะแนน .....๑๐๐..... คะแนน

ตัวชี้วัด	<p>๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan</p> <p>๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>๓. ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p>
คำนิยาม	<p>๑. ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนา สนับสนุน พื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี มีอายุยืนยาว</p> <p>๒. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓. การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกสัปดาห์ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน</li> <li>- ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)</li> </ul> <p>**** โดยการประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p> <p>๔. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับ M๒ ขึ้นไป ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด (ทั้งระดับพื้นฐานและระดับคุณภาพตามที่กรมการแพทย์กำหนด)</p> <p>๕. กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndromes) หมายถึง ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพสำคัญผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะพลัดตกหกล้ม</p> <p>๖. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมของบุคคลที่ปฏิบัติแล้วส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง (ร่างกาย จิตใจ และสังคม)</p> <p>๗. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการความเครียด ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านการดูแลตนเองในภาวะเจ็บป่วย จำนวน ๘ ข้อ</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อวางแผนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการวางแผนการดูแลครบทุกมิติและรอบด้านเป็นรายบุคคลร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. เพื่อติดตาม/ประเมินระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่าง</p>

	<p>มีความสุข</p> <p>๓. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ</p> <p>๔. ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ</p> <p>๕. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๕. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น</p> <p>๖. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน และเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม</p> <p>๗. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ/โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑. ร้อยละ ๙๐ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan</p> <p>๒. ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>๓. ร้อยละ ๕๐ ของประชากรสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p><u>การดูแลตาม Care Plan</u></p> <p>๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL &lt; ๑๑ ทุกสิทธิการรักษา</p> <p>๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL &lt; ๑๑ ทุกสิทธิการรักษา</p> <p><u>คลินิกผู้สูงอายุ</u></p> <p>๓. ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p> <p><u>พฤติกรรมที่พึงประสงค์</u></p> <p>๔. ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มี ADL ≥ ๑๒ คะแนน ร้อยละ ๑๐ ของประชากรสูงอายุทั้งหมดของพื้นที่</p> <p>๕. ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทุกคน</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. ข้อมูลการคัดกรอง: ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย</p> <p>๒. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan): ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</li> <li>- เสนอ Care Plan ผ่านคณะกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล</li> <li>- Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> </ul> <p>องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</li> </ul> <p>๓. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</p>

	<p>๔. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน</p> <p>๕. ระบบคลังข้อมูล Application Health For You (H&amp;U)</p> <p>๖. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)</p>
<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p><b>ระดับอำเภอ ( ๔๐ คะแนน)</b></p> <p>๑. มีคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ ( PM อำเภอ )</p> <p>๒. มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ ( PM อำเภอ ) อย่างน้อย ๒ ครั้ง / ปี</p> <p>๓. มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)</p> <p>๔. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับอำเภอ</p> <p>๕. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ/กองทุน LTC ระดับอำเภอ</p> <p>๖. สุ่มรายงาน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) อำเภอละ จำนวน ๑๐๐ ฉบับ (ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๙๐ )</p> <p>๗. มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล</p> <p>๘. มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม</p> <p><b>ระดับตำบล ( ๕๐ คะแนน )</b></p> <p>๑. มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ขึ้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (คัดกรอง ADL ประเมินสุขภาพคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ๘ ข้อ )</p> <p>๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ</p> <p>๓. มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ</p> <p>๔. มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล</p> <p>๕. มี Care Manager /ทีมสหวิชาชีพ /หมออนามัย /Caregiver อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน</p> <p>๖. มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ ๙ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน</p> <p>๗. สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ๕ ราย</p> <p>๘. มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</p> <p>๙. มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p><b>การประเมินผลลัพธ์ระดับอำเภอ ๑๐ คะแนน</b></p> <p>๑. มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</p> <p>๒. มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ ๙ เดือน และ</p>

	<p>รอบ ๑๒ เดือน โดยมีผลการประเมินการเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- กลุ่มติดเตียงมาติดบ้าน</li> <li>- กลุ่มติดบ้านมาติดสังคม</li> </ul> <p>๓. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</p> <p>๔. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์</p>
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)</li> <li>๒. พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</li> <li>๓. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนออนุกรรมการ Long Term Care เพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล</li> <li>๔. สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแลตาม Care plan อำเภอละ ๕ ราย</li> <li>๕. สุ่มประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) อำเภอละ ๑๐๐ ฉบับ</li> <li>๖. วิเคราะห์ประเมินผล Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</li> <li>๗. การประเมินตามคู่มือการลงบันทึกข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</li> <li>๘. ฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ</li> <li>๙. คำนวณข้อมูลจากแบบรายงาน Application Health For You (H&amp;U) หรือสมุดสุขภาพประชาชน</li> </ol>
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Blue Book Application กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย</li> <li>- โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (๓C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- คู่มือการใช้โปรแกรม Long Term Care (๓C)</li> <li>- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย</li> <li>- คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community)</li> <li>- คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน (Intermediate Care in Community)</li> <li>- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย</li> <li>- กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว</li> <li>- คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</li> <li>- คู่มือการลงบันทึกคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</li> <li>- แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes)</li> <li>- คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ</li> <li>- คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญ ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก</li> </ul>
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางจินตนา พลมีศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒ นางสาวนริศรา อารีรักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๙ ๖๘๖๑๖๓

แบบประเมิน ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

## การประเมินกระบวนการ

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
<b>ระดับอำเภอ ๕๐ คะแนน</b>			
๑	มีคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) ( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๒ คะแนน	
๒	มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ ( PM อำเภอ ) อย่างน้อย ๒ ครั้ง / ปี ( ) ไม่มี ( ) มีประชุม ๑ ครั้ง ( ) มีประชุม ๒ ครั้งขึ้นไป	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๓	มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๔	มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๕	มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ/กองทุน LTC ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๒ คะแนน	
๖	สุ่มรายงาน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) อำเภอ ละ จำนวน ๑๐๐ ฉบับ (ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๙๐ ) ( ) ผ่านเกณฑ์ ≤ ร้อย ๕๙ ( ) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ – ๖๙ ( ) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐ – ๗๙ ( ) ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐ – ๘๙ ( ) ผ่านเกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๙๐	๕ คะแนน ๑๐ คะแนน ๑๕ คะแนน ๒๐ คะแนน ๒๕ คะแนน	
๗	มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตามเกณฑ์ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ ( ) มีครอบคลุมตามเกณฑ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

## การประเมินกระบวนการงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๘	มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๒ คะแนน	
<b>ระดับตำบล ๕๐ คะแนน</b>			
๑	มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ขึ้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (คัดกรอง ADL ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ ) ( ) ไม่มีการคัดกรอง ( ) มีผลการคัดกรองแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีผลการคัดกรองครอบคลุม	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๒	มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ ( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๕ คะแนน	
๓	มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๔	มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๕ คะแนน	
๕	มี Care Manager /ทีมสหวิชาชีพ /หมอบุคลากร /Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	



## การประเมินกระบวนการงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๖	มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ ๙ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๗	สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ๕ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๑ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๒ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๓ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๔ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๕ ราย	๑ คะแนน ๒ คะแนน ๓ คะแนน ๔ คะแนน ๕ คะแนน	
๘	มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ( ) ไม่มีการบันทึก ( ) มีการบันทึกแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีการบันทึกครอบคลุม	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๙	มีการบันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ( ) ไม่มีการบันทึก ( ) มีการบันทึกแต่ไม่ครอบคลุม (< ร้อยละ ๑๐ ของผู้สูงอายุ) ( ) มีการบันทึกครอบคลุม (> ร้อยละ ๑๐ ของผู้สูงอายุ)	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๑๐	มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๕ คะแนน	

## การประเมินผลลัพธ์

## ระดับอำเภอ ๑๐ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน				
		< ๖๐%	๖๐ - ๖๙%	๗๐ - ๗๙%	๘๐ - ๘๙%	≥ ๙๐ %
๑	มีระบบการบันทึกการ รายงานข้อมูลผ่านระบบ โปรแกรม Long Term Care (๓C)	< ๖๐%	๖๐ - ๖๙%	๗๐ - ๗๙%	๘๐ - ๘๙%	≥ ๙๐ %
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๒	มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้ มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่ม ศักยภาพตามความสามารถ ในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ ๙ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน โดยมีผลการ ประเมินการเปลี่ยนกลุ่มของ ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง จาก - กลุ่มติดเตียงมาติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาติดสังคม	≤ ๕ %	๖ - ๑๐%	๑๑ - ๑๕%	๑๖ - ๒๐%	> ๒๐ %
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๓	ประชากรสูงอายุมีพฤติกรรม สุขภาพที่พึงประสงค์	< ๒๐ %	๒๐ - ๒๙ %	๓๐ - ๓๙ %	๔๐ - ๔๙%	> ๕๐%
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๔	ร้อยละ๘๘ของตำบลที่มี ระบบการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	< ๙๐ %	๙๐ - ๙๒ %	๙๓ - ๙๕ %	๙๖ - ๙๘ %	> ๙๘ %
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๕	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง และพบว่าเป็นภาวะสมอง เสื่อมและได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≤๑๕ %	๑๖ - ๒๐ %	๒๑ - ๒๕ %	๒๖ - ๓๐%	> ๓๐%
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๖	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง และพบว่าเป็นภาวะพลัดตก หกล้มและได้รับการดูแล รักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≤๑๕ %	๑๖ - ๒๐ %	๒๑ - ๒๕ %	๒๖ - ๓๐%	> ๓๐%
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน

หมายเหตุ คะแนนที่ได้ = คะแนนรวมทั้ง ๖ ข้อ / ๓

ตัวชี้วัดที่ ๒ ระดับความสำเร็จเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (IQ)

หน่วยวัด คะแนน

น้ำหนักคะแนน .....๑๐๐..... คะแนน

ตัวชี้วัด	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ย (IQ) ไม่ต่ำกว่า ๑๐๐
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>เด็กไทย</b> หมายถึง เด็กที่มีสัญชาติไทยมีอายุตั้งแต่แรกเกิด - อายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</li> <li>- <b>ระดับสติปัญญาเฉลี่ย IQ</b> หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดสวนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น มีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = ๑๐๐</li> <li>- <b>เด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ</b> หมายถึง เด็กอายุ ๙ , ๑๘ , ๓๐ , ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</li> <li>- <b>เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒</li> <li>- <b>พัฒนาการสมวัย</b> หมายถึง เด็กอายุ ๙ , ๑๘ , ๓๐ , ๔๒ และ ๖๐ เดือน ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน</li> <li>- <b>เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการล่าช้า</b> หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๙ , ๑๘ , ๓๐ , ๔๒ , ๖๐ เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙ , ๑๘ , ๓๐ , ๔๒ , ๖๐ เดือนที่มาประเมินซ้ำ ด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบมีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป</li> <li>- <b>อนามัยแม่และเด็ก</b> หมายถึง การดูแลสุขภาพของหญิงตั้งแต่มีก่อน ระหว่างตั้งครรภ์ให้มีสุขภาพที่ดี มีการตั้งครรภ์และคลอดที่ปลอดภัยและมีสุขภาพหลังคลอดที่ดี พร้อมทั้งมีบุตรที่สมบูรณ์แข็งแรง และได้รับการเลี้ยงดูอย่างมีคุณภาพ เด็กมีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน ปราศจากพันธุ</li> <li>- <b>หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลก่อนคลอด ๕ ครั้ง ตามเกณฑ์</b> หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ได้รับการฝากครรภ์คุณภาพ ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์ โดยผ่านการคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ได้รับความรู้ตามมาตรฐานโรงเรี ชักประวัติตรวจร่างกาย ตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ตาม</li> </ul>

	<p>นัด จำนวน ๕ ครั้ง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การนัดครั้งที่ ๑ เมื่ออายุครรภ์ <math>\leq</math> ๑๒ สัปดาห์</li> <li>- การนัดครั้งที่ ๒ เมื่ออายุครรภ์ ๑๘ สัปดาห์ <math>\pm</math> ๒ สัปดาห์</li> <li>- การนัดครั้งที่ ๓ เมื่ออายุครรภ์ ๒๖ สัปดาห์ <math>\pm</math> ๒ สัปดาห์</li> <li>- การนัดครั้งที่ ๔ เมื่ออายุครรภ์ ๓๒ สัปดาห์ <math>\pm</math> ๒ สัปดาห์</li> <li>- การนัดครั้งที่ ๕ เมื่ออายุครรภ์ ๓๘ สัปดาห์ <math>\pm</math> ๒ สัปดาห์</li> </ul> <p>- <b>ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือน หมายถึง</b> ทารกแรกเกิดจนถึง ๕ เดือน ๒๙ วันในเขตรับผิดชอบทั้งหมดกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน หมายถึง เด็กแรกเกิดต่ำกว่า ๖ เดือน (แรกเกิดจนถึง ๕ เดือน ๒๙ วัน) ที่มีประวัติกินนมแม่อย่างเดียวทุกครั้งที่มารับบริการ (ในแต่ละครั้งที่มารับบริการถูกสัมภาษณ์ด้วยคำถามว่า “ใน ๒๔ ชั่วโมงที่ผ่านมาให้ลูกกินอะไรบ้าง”)</p> <p>- <b>ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus</b> หมายถึง ตำบลที่มี การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ ๖ เดือน – ๒ ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญ ในรูปของยา ได้แก่ ธาตุ เหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ และหญิงหลังคลอดที่ ให้นมแม่ ๖ เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ ๖ เดือน ถึง ๒ ปี ร่วมกับการบูรณาการงานสุขภาพอื่น ๆ เช่น สุขภาพช่องปากกิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ(ครบประเด็น กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน)</p> <p>- <b>กิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการและระดับสติปัญญาด้วยโปรแกรม Triple – P Plus</b> หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM – BASED PRESCHOOL PARENTING PROGRAM) จำนวน ๔ ครั้ง</p> <p>Triple – P #๑ = สร้างสายใย Plus “อาหารสร้างเด็กฉลาด”</p> <p>Triple – P #๒ = สร้างวินัย Plus “ฟันสำคัญโฉน”</p> <p>Triple – P #๓ = สร้างเด็กเก่ง ๑ Plus “เล่นเปลี่ยนโลก”</p> <p>Triple – P #๔ = สร้างเด็กเก่ง ๒ Plus “เล่นสร้างปัญญา มุ่งสู่ EF”</p> <p>- <b>จัดทำ Care Plan</b> หมายถึง การประเมินสถานะและการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลแก่เด็กกลุ่มเป้าหมาย ครอบครัว ๓ มิติ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.ด้านร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด และการตรวจร่างกายทั่วไป</li> <li>๒.ด้านจิตใจ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM ตามเกณฑ์อายุ ๖๐ เดือน</li> <li>๓.สังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ การประเมินการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐฐานะ การได้รับการช่วยเหลือ</li> <li>๔. การส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญด้านกระตุ้นพัฒนาการหรือพบแพทย์</li> </ol> <p>- <b>สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</b> หมายถึง สถานที่รับดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์เรียนรู้และการศึกษา สำหรับเด็กปฐมวัยครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง ๖ ปีหรือก่อนเข้าเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ ที่ใช้ชื่อ หลากหลายรวมทั้งสังกัดในประเทศไทย ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. กระทรวงมหาดไทย : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนอนุบาล</li> <li>๒. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์:สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน</li> <li>๓. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน (สำนักพัฒนาสังคม) สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน (สำนักอนามัย) และโรงเรียนอนุบาล (สำนักการศึกษา)</li> </ol>
--	---

	<p>๔. กระทรวงสาธารณสุข : ศูนย์เด็กเล็กในโรงพยาบาล</p> <p>๕. กระทรวงศึกษาธิการ : โรงเรียนอนุบาล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน) และ โรงเรียนอนุบาลเอกชน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน)</p> <p>๖. หน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงเรียนอนุบาลสาธิตในมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจ แห่งชาติ มูลนิธิ และองค์กรเอกชน</p> <p>- <b>สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ๔D</b> หมายถึง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพ ๑D = Development &amp; Play ๒D = Diet ๓D = Dental ๔D = Diseases</p>
<b>วัตถุประสงค์</b>	<p>๑. เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย</p> <p>๒. เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐</p> <p>๓. เพื่อขับเคลื่อนโครงการ มหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน ให้มีความต่อเนื่องในรูปแบบภาคีเครือข่าย</p>
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	<p><b>ระดับอำเภอ</b></p> <p>๑. มีการขับเคลื่อนตำบลต้นแบบมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus(กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน) ร้อยละ ๒๐</p> <p>๒. มีการขับเคลื่อนอำเภออนามัยแม่และเด็ก และมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus(กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)</p> <p>๓. มีการขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ๔D ร้อยละ ๒๐</p> <p><b>ระดับตำบล</b></p> <p>ร้อยละ ๑๐๐ ของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เด็กปฐมวัยที่มีภาวะชืด ได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ รายบุคคล(Care Plan) และกระตุ้นพัฒนาการและระดับสติปัญญาด้วยโปรแกรม Triple – P Plus)</p>
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>๑. งานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ ระดับตำบล</p> <p>๒. เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>๓. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ทุกแห่ง</p>
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	<p>๑. เอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล</p> <p>๒. ประมวลผลการดำเนินงานจาก HDC</p> <p>๓. นิเทศ ติดตามเยี่ยม ประเมินผล</p>
<b>เกณฑ์การให้คะแนน</b>	<p><b>ระดับอำเภอ ๗๐ คะแนน</b></p> <p>๑. ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนตำบลต้นแบบมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus(กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)และความต่อเนื่อง ๓๐ คะแนน</p> <p>๒. ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนอำเภออนามัยแม่และเด็ก ๑๐ คะแนน</p> <p>๓. ระดับความสำเร็จในการขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ๔D ๓๐ คะแนน</p> <p><b>ระดับตำบล ๓๐ คะแนน</b></p> <p>๑. ร้อยละ ๑๐๐ ของเด็กปฐมวัยอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เด็กปฐมวัยที่มีภาวะชืด ได้รับการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ รายบุคคล(Care Plan) ๑๐ คะแนน</p>

	๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของเด็กปฐมวัยอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เด็กปฐมวัยที่มีภาวะชด กระตุ้นพัฒนาการและระดับสติปัญญาด้วยโปรแกรม Triple – P Plus) ๒๐ คะแนน
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	๑. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC ๒. จากเอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล ๓. ผลการประเมินตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus และอำเภออนามัยแม่และเด็ก ๔. ผลการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ๔D
เอกสารสนับสนุน	๑. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก, Platform Pinkbook <a href="https://healthplatform.anamai.moph.go.th/">https://healthplatform.anamai.moph.go.th/</a> ๒. คู่มือ DSPM <a href="https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/๒๗๘๙#wow-book/">https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/๒๗๘๙#wow-book/</a> ๓. ชุดสถิติการตรวจและกระตุ้นพัฒนาการ(ชุดกระเป๋าDSPM)
หน่วยงานที่รับการ ประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ๔D อำเภอละ ๑ แห่ง ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus อำเภอละ ๑ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	นางจินตนา พลมีศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒ นางสิรินทร์ฉัตร มีแวง โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๙๖๕๖๖

## เกณฑ์การให้คะแนน

การขับเคลื่อนอำเภออนามัยแม่และเด็ก และมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus (กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน)

## ๑ การนำองค์กรและการมีส่วนร่วม ๕ คะแนน

เกณฑ์	ผลการประเมิน(คะแนน)	
	มี	ไม่มี
๑.มีคณะกรรมการการดำเนินงานด้านอนามัยแม่และเด็ก/ตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิตจากสหสาขาวิชาชีพ	๑	๐
๒.มีนโยบายการดำเนินงาน MCH และมีการดำเนินงานต่อเนื่อง อย่างน้อย ๓ ปี	๑ ปี=๑ ๒ ปี=๒ ๓ ปี=๓	๐
๓.มีการประชุมคณะกรรมการฯต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง	น้อยกว่า ๒ ครั้ง=๑ ๒ ครั้งขึ้นไป =๒	๐
๔.มีการถ่ายทอดนโยบายถึงระดับพื้นที่และกำหนดเป็นตัวชี้วัดในการประเมินผลการปฏิบัติงาน	๑	๐
๕.การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ๕.๑ สนับสนุนงบประมาณ ๕.๒ การบูรณาการการดำเนินงาน ๕.๓ มีความเชื่อมโยงกับ พชอ. หรือระบบสุขภาพอำเภอ	๑ ข้อ=๑ ๒ ข้อ=๒ ๓ ข้อ=๓	๐

## ๒ กระบวนการขับเคลื่อน ๕ คะแนน

เกณฑ์	ผลการประเมิน (คะแนน)	
	มี	ไม่มี
๑.จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก ๑.๑ มีการพัฒนาองค์ความรู้วิชาการให้กับผู้ปฏิบัติงาน ๑.๒ มีการประชุมทบทวน/วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กที่เกิดขึ้นในพื้นที่	๒ ข้อ=๑	๐

<p>๒. มีระบบการจัดเก็บข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน เป็นปัจจุบัน</p> <p>๒.๑ นำไปวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กเปรียบเทียบของจังหวัด เพื่อหา แนวทางแก้ไขปัญหา</p> <p>๒.๒ การคืนข้อมูลแม่และเด็กที่มีภาวะเสี่ยงจาก รพ.ไปยัง รพ.สต. เพื่อการติดตามในชุมชน</p>	๒ ข้อ=๑	๐
---	---------	---

เกณฑ์	ผลการประเมิน (คะแนน)	
	มี	ไม่มี
<p>๓.มีรูปแบบการกักติดตามที่ชัดเจน/บูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ/ เครือข่าย</p> <p>๓.๑. มีรูปแบบการติดตาม</p> <p>๓.๒.มีรายงานผลและสรุปผลการนิเทศ</p>	๒ ข้อ=๑	๐
<p>๔. ความเชื่อมโยงกับ พชอ. หรือระบบสุขภาพอำเภอ</p> <p>๔.๑. มีนวัตกรรม/รูปแบบการพัฒนา/แก้ไขปัญหที่เป็นตัวอย่างได้ ระดับประเทศ /เขต/จังหวัด (ทั้งเชิงรับและรุก)</p> <p>๔.๒. มีนวัตกรรม /รูปแบบที่เผยแพร่ หรือนำเสนอระดับจังหวัด/ ระดับเขต</p>	๑ ข้อ=๑ ๒ ข้อ=๒	๐



## เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละการขับเคลื่อนตำบลต้นแบบมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus(กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน)และ  
ความต่อเนื่อง(ร้อยละ ๒๐)

๓๐ คะแนน

ร้อยละ	๐-๐.๙๙	๑.๐๐- ๕.๐๐	๕.๐๑- ๙.๙๙	๑๐.๐๐-๑๔.๙๙	๑๕.๐๐-๑๙.๙๙	≥ ๒๐.๐๐
คะแนน	๐	๑-๕	๖-๑๐	๑๑-๑๕	๑๖-๒๙	๓๐

## เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละการขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ๔D (ร้อยละ ๒๐)

๓๐ คะแนน

ร้อยละ	๐-๐.๙๙	๑.๐๐- ๕.๐๐	๕.๐๑- ๙.๙๙	๑๐.๐๐-๑๔.๙๙	๑๕.๐๐-๑๙.๙๙	≥ ๒๐.๐๐
คะแนน	๐	๑-๕	๖-๑๐	๑๑-๑๕	๑๖-๒๙	๓๐

## เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ ของเด็กปฐมวัยอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เด็กปฐมวัยที่มีภาวะซีด ได้รับการดูแลแบบ  
องค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ รายบุคคล(Care Plan) (ร้อยละ ๑๐๐)

๑๐ คะแนน

ร้อยละ	๐	๑๐.๐๐	๓๐.๐๐	๕๐.๐๐	๗๐.๐๐	๙๐.๐๐	๑๐๐
คะแนน	๐	๑	๓	๕	๗	๙	๑๐

## เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ ของเด็กปฐมวัยอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า เด็กปฐมวัยที่มีภาวะซีดกระตุ้นพัฒนาการ  
และระดับสติปัญญาด้วยโปรแกรม Triple - P Plus) (ร้อยละ ๑๐๐)

๒๐ คะแนน

ร้อยละ	๐	๑๐.๐๐	๓๐.๐๐	๕๐.๐๐	๗๐.๐๐	๙๐.๐๐	๑๐๐
คะแนน	๐	๒	๖	๑๐	๑๔	๑๘	๒๐

ตัวชี้วัดที่ ๓ ระดับความสำเร็จการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย

หน่วยวัด ระดับความสำเร็จ

น้ำหนักคะแนน ๑๐๐ คะแนน

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตาย
ค่านิยาม	<p><b>การฆ่าตัวตายสำเร็จ</b> หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงเพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้นหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่าง ๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ</p> <p><b>การพยายามฆ่าตัวตาย</b> หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่าง ๆ และมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงกับมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD ๑๐)หมวด Internal self harm (X๖๐ – X๘๔) หรือ DSM-๕</p> <p><b>การไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ</b> หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเองตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๖๓ – กันยายน ๖๕ ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่เสียชีวิตแต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายซ้ำอีกครั้งในช่วงระยะเวลาภายใน ๑ ปี</p> <p><b>ระยะเวลา ๑ ปี</b> หมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มีมารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป เช่น มีผู้พยายามทำร้ายตัวเอง วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ และได้รับการดูแลบำบัด การติดตามจนปลอดภัย ไปจนถึง ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑.ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย จำแนกตาม เพศ กลุ่มอายุ อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา วิธีการเมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน</p> <p>๒.เป็นเครื่องมือที่ชี้วัดบ่งบอกถึงขนาด ระดับความรุนแรงของปัญหาการฆ่าตัวตายของประชาชนในแต่ละพื้นที่ และเป็นข้อมูลที่จะถูกนำมาใช้ในการกำหนดมาตรฐานและแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหาให้สอดคล้องไปกับบริบทแต่ละพื้นที่ ภูมิภาคและประเทศ</p> <p>๓.หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำมาใช้ติดตามและเฝ้าระวังความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ และเตรียมความพร้อมต่อการรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย	-อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ $\leq$ ๘.๐ ต่อแสนประชากร -ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี ร้อยละ ๙๐
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย: ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในจังหวัดยโสธร เป้าหมายย่อย : ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๓ - กันยายน ๒๕๖๕ ด้วยวิธีการต่าง ๆ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.ผลการดำเนินงาน การรายงานข้อมูล รง.๕๐๖ S ๒.รายงานการสอบสวนโรค Psychological autopsy ๓.การประเมิน Mental health Check in
เกณฑ์การให้คะแนน	<b>น้ำหนักคะแนน ๑๐๐ คะแนน (ตามรายละเอียดที่แนบ )</b>
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	๑.ระบบการรายงานการสอบสวนโรค Psychological autopsy ๒. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงานศูนย์ป้องกันการฆ่าตัวตาย ๓.ผลการประเมิน Mental health Check in
เอกสารสนับสนุน	๑.สื่อ แผ่นพับ การป้องกันการฆ่าตัวตาย ๒.คู่มือ การสร้างวัคซีนใจในชุมชน ๓.แนวทางการประเมินสุขภาพจิตออนไลน์
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจินตนา พลมีศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๕๖๑๓๘๕๕๒ นางเพียงนคร คำผา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๕ ๐๗๓๓๒๗๘ , ๐๖๑ ๘๒๕๘๔๖๕

## แบบประเมินระดับความสำเร็จในการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายปีงบประมาณ ๒๕๖๕

หน่วยงาน ..... อำเภอ.....

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

ระดับความสำเร็จ	ระดับที่ ๑	ระดับที่ ๒	ระดับที่ ๓
รายละเอียดการประเมิน	<p><b>ระดับอำเภอ</b></p> <p>ข้อ ๑ ( ๒๐ คะแนน)</p> <p>๑.๑ มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับอำเภอและมีกลไกการขับเคลื่อน (๕ คะแนน)</p> <p>๑.๒ มีการประชุมชี้แจงสื่อสารนโยบาย คณะกรรมการ ระดับอำเภอ (๖ คะแนน)</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ๑ ครั้ง (๓ คะแนน)</li> <li>- ตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป (๖ คะแนน)</li> </ul> <p>๑.๓ มีรายงานการประชุม (๒ คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-ไม่มี ๐ คะแนน</li> <li>-มี ๒ คะแนน</li> </ul> <p>๑.๔ มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (๕ คะแนน)</p> <p>๑.๕ มีการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในระดับอำเภอ ซึ่งเป้าหมายให้ชัดเจน เพื่อป้องกันถึงกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง (๒ คะแนน)</p>	<p>มีข้อ ๑ และข้อ ๒(๔๐ คะแนน)</p> <p>ข้อ ๒ ( ๒๐ คะแนน)</p> <p>๒.๑ มีการดำเนินงานตามโครงการ (๔ คะแนน)</p> <p>๒.๒ มีการควบคุมกำกับดำเนินงานการประเมิน Mental health Check in (๑ ตุลาคม ๖๔ - ปัจจุบัน) - ผลการประเมิน (๑๐ คะแนน) ≤ ๑,๐๐๐ คน (๒คะแนน)</p> <p>๑,๐๐๐-๒,๐๐๐ คน (๔คะแนน)</p> <p>๒,๐๐๐ - ๒,๕๐๐ คน (๖ คะแนน)</p> <p>๒,๕๐๐ - ๓,๐๐๐ คน (๘ คะแนน)</p> <p>≥ ๓,๐๐๐ คน ขึ้นไป (๑๐)</p> <p>๒.๓มีการติดตาม ควบคุมกำกับกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิต (๓ คะแนน)</p> <p>ติดตามได้ ≤ ๙๐% (๑ คะแนน)</p> <p>ติดตามได้ ≥ ๙๐% (๓ คะแนน)</p> <p>๒.๔ มีนวัตกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (๓ คะแนน)</p>	<p>มีข้อ ๑-๓ ( ๖๐ คะแนน)</p> <p>ข้อ ๓ ( ๒๐ คะแนน)</p> <p>๓.๑ มีระบบการติดตามการดูแลรักษา การส่งต่อผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายไม่สำเร็จ และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต ( ๕ คะแนน)</p> <p>๓.๒ มีทะเบียนผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองสำเร็จและไม่สำเร็จในภาพรวมระดับอำเภอ ( ๕ คะแนน)</p> <p>๓.๓ มีการทบทวนกรณีผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองสำเร็จและไม่สำเร็จในภาพรวมระดับอำเภอ (๕ คะแนน)</p> <p>๓.๔ มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานในพื้นที่ (๕ คะแนน)</p> <p>รวมคะแนนที่ได้ .....</p> <p>..... คะแนน</p>

ระดับ ความสำเร็จ	ระดับที่ ๑	ระดับที่ ๒	ระดับที่ ๓
รายละเอียด การประเมิน	<p><b>ระดับต่ำ</b></p> <p>ข้อ ๑ ( ๒๐ คะแนน)</p> <p>๑.๑ มีภาคีเครือข่ายร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับตำบลและมีกลไกการขับเคลื่อนระดับตำบลและมีการประชุม (๑๐ คะแนน)</p> <p>๑.๒ มีการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ (๕ คะแนน)</p> <p>๑.๓ มีผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและมีคลินิกเปิดให้บริการให้คำปรึกษาแยกเป็นสัดส่วน (๑ คะแนน)</p> <p>๑.๔ มีแผนงานโครงการการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ ((๒ คะแนน)</p> <p>๑.๕ มีการใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การคัดกรอง การเฝ้าระวังในกลุ่มเสี่ยงกลุ่มเปราะบาง เช่น Mental health check in (๒ คะแนน)</p>	<p>มีข้อ ๑ และข้อ ๒ (๓๐ คะแนน)</p> <p>ข้อ ๒ ( ๑๐ คะแนน)</p> <p>๒.๑ มีกิจกรรมการให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย การส่งเสริมสุขภาพจิต การเติมวัคซีนใจในชุมชน การรับรู้ปัจจัยเสี่ยง และสัญญาณเตือนแก่ประชาชนทั่วไปและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (๕ คะแนน)</p> <p>๒.๒ มีทะเบียนข้อมูลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่รับผิดชอบ (๕ คะแนน)</p>	<p>มีข้อ ๑-๓(๔๐ คะแนน)</p> <p>ข้อ ๓ ( ๑๐ คะแนน)</p> <p>๓.๑ มีการประเมิน Mental health Check in (๑ ตุลาคม ๖๔ - ปัจจุบัน)</p> <p>- ผลการประเมิน (๔ คะแนน)</p> <p>≤ ๕๐๐ คน (๒ คะแนน)</p> <p>≥ ๕๐๐ คน ขึ้นไป (๔ คะแนน )</p> <p>๓.๒ มีการติดตาม เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา กลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิตพร้อมมีระบบการส่งต่อ - การคืนข้อมูลทั้งในระดับพื้นที่ ระดับรพช./รพท./รพ.พระศรีมหาโพธิ์ (๔ คะแนน )</p> <p>ติดตามได้ ≤ ๙๐ (๒ คะแนน )</p> <p>ติดตามได้ ≥ ๙๐ (๔ คะแนน)</p> <p>๓.๓ มีป้ายรณรงค์ป้องกันการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่หรือมีการประชาสัมพันธ์การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (๒ คะแนน )</p> <p>ไม่มี (๐ คะแนน )</p> <p>มี (๒ คะแนน )</p> <p>รวมคะแนนที่ได้..... คะแนน</p>

## ประเด็นที่ ๖ ธรรมาภิบาล

KPI ๑. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

ร้อยละ ๙๒

หน่วยวัด คะแนนผลการประเมินจากระบบ MITAS

ตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดยิ่งเปิดเผยยิ่งโปร่งใส (More open, more transparent) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค มุ่งเน้นการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการในทุกมิติของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ด้วยการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นปัจจุบันบนเว็บไซต์ของหน่วยงาน กำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ที่เชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะของหน่วยงาน เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลในเว็บหลักของหน่วยงานได้ ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด จำแนกเป็น ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (๘) การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมสุจริตในองค์กร</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้รับทราบถึงสถานะและปัญหา การดำเนินงานด้านคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงาน</p> <p>๒. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค นำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้ และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุมทั่วทั้งองค์กร</p> <p>๓. เพื่อให้หน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ได้มีการจัดการข้อมูลข่าวสารอย่างเป็นระบบระเบียบ เตรียมความพร้อมในการเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณะให้ได้รับทราบและส่งเสริมให้เกิดการตรวจสอบ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ ร้อยละ ๙๒
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	๑. โรงพยาบาลยโสธร จำนวน ๑ แห่ง ๒. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๘ แห่ง ๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๙ แห่ง รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๘ แห่ง
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ผลการประเมินการตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูล สาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
เกณฑ์การให้ คะแนน	คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน จำนวน ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ ไตรมาสที่ ๑ ระดับขั้นของความสำเร็จ ระดับ ๕ (MOIT ๕ ข้อ) ครั้งที่ ๒ ไตรมาสที่ ๓ ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๑ (MOIT ๑๗ ข้อ)
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี ครั้งที่ ๑ ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคม ๒๕๖๔) ครั้งที่ ๒ ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือนมิถุนายน ๒๕๖๕)
วิธีการประเมินผล	หน่วยงานจำนวน ๑๘ แห่ง ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงาน เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT)
เอกสารสนับสนุน	๑. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data integrity and Transparency Assessment : OIT) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. ๒. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
หน่วยงานที่ รับการประเมิน	โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๘ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูล วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางวราภรณ์ นนท์สามารถ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘ ๙๑๙๐ ๔๘๕๙ นางสุกัญญา คำพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ ๐๘ ๔๔๒๙ ๙๖๙๖

## หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ ระดับความสำเร็จในการจัดเก็บรายได้คุณภาพ

โรงพยาบาล..... จังหวัด .....

ระดับความสำเร็จในการจัดเก็บรายได้คุณภาพ	คะแนน	คะแนน ที่ได้
<b>เกณฑ์การประเมิน</b>		
<b>๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)</b>		
๑.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล		
๑)ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา	๒	
๒)เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา	๒	
๓)ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา	๒	
๑.๒ มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้	๒	
๑.๓ มี Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ทุกสิทธิ		
๑)ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	๒	
๒)การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	๒	
๓)มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	๒	
๔)ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)	๒	
๕)มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	๒	
๑.๔ คณะกรรมการจัดเก็บรายได้ทำการประชุมวิเคราะห์รายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ เพื่อเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ	๒	
<b>รวม</b>	<b>๒๐</b>	
<b>๒. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)</b>		
๒.๑ มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart	๒	
๒.๒ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ		
๑)ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	๒	
๒)การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	๒	
๓)มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	๒	
๔)ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)	๒	
๕)มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	๒	



๒.๓ มีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้	๒	
(โปรดระบุชื่อ Software ที่ใช้)		
๒.๔ มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน		
๑) UC $\leq$ ๖๐ วัน	๒	
๒) ชรก $\leq$ ๖๐ วัน	๒	
๓) ปกส. $\leq$ ๑๒๐ วัน	๒	
*ผลงาน ๗ plus efficiency ไตรมาสที่ผ่านมา (รอบ ๑ Q๔/๖๔)		
<b>รวม</b>	<b>๒๐</b>	
<b>๓. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff &amp; skill) มีจำนวน และ ทักษะ ความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.</b>		
๓.๑ มีรายชื่อตาม Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุกสิทธิ	๒	
๓.๒ มีบุคลากรที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ตามFlowchartไม่น้อยกว่า ๕ คน ใน รพช. ๑๐ คน ใน รพท. และ ๑๕ คน ใน รพศ.	๒	
<b>โปรดระบุ จำนวนบุคลากร</b>		
๓.๓ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับค่าตอบแทนตามสิทธิ	๒	
๓.๔ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ	๒	
<b>รวม</b>	<b>๘</b>	
<b>๔. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)</b>		
๔.๑ มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล	๒	
๔.๒ ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	๒	
๔.๓ ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	๒	
๔.๔ การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป	๒	
<b>รวม</b>	<b>๘</b>	
<b>๕. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)</b>		
๕.๑ มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้รหัสการรักษาพยาบาล	๒	
๕.๒ มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	๒	
๕.๓ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน ๓๐ วัน	๒	
๕.๔ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัส การรักษาพยาบาลได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย ๑ คน ต่อ ๑ ครั้งต่อ ๑ ปี	๒	

	รวม	๘	
	<b>๖.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน</b>		
	๖.๑ มีรายชื่อบุคลากรใน Flow chart ของการเบิกจ่าย (Claim) ในทุกกองทุนย่อย	๒	
	๖.๒ การบริหารจัดการข้อมูลติด C ของกองทุนสปสช.	๒	
	๖.๓ การบริหารจัดการข้อมูลติด Deny ของกองทุนสปสช.	๒	
	๖.๔ ไม่ได้รับการหัก ๕ % เนื่องจากส่งเบิกจ่ายล่าช้า	๒	
	รวม	๘	
	รวม ๔S๔C	๗๒	
	<b><u>การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรง กรมบัญชีกลาง (On Site Survey)</u></b>		
	<b>๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)</b>		
	๑.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล สิทธิเบิกจ่ายตรง ข้าราชการ (CSMBS)		
	๑)มีผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้สิทธิ	๒	
	๒)มีผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล	๒	
	๓)มีผลรวมของลูกหนี้สุทธิในทุกเดือน	๒	
	รวม	๖	
	<b>๒. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)</b>		
	๒.๑ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ		
	๑) มีผลการตรวจสอบและการยืนยันการเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาพยาบาล (ปิด Visit) ของผู้ป่วยนอก	๒	
	๒) มีการบันทึกลูกหนี้ผู้ป่วยนอกในใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยใน ครบถ้วน	๒	
	๓) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	๒	
	๔) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน *ครบถ้วนและเป็น ปัจจุบัน	๒	
	รวม	๘	
	<b>๓. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)</b>		
	๓.๑ มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการ รักษาพยาบาล	๒	
	๓.๒ ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	๒	
	๓.๓ ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	๒	

	๓.๔ การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป	๒	
	<b>รวม</b>	<b>๘</b>	
	<b>๔. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)</b>		
	๔.๑ มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	๒	
	๔.๒ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน ๓๐ วัน	๒	
	<b>รวม</b>	<b>๔</b>	
	<b>๕. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน</b>		
	๕.๑ มีการทบทวนและแก้ไขข้อมูลที่ไม่ผ่านการอนุมัติการเบิกจ่าย ภายใน ๕ วันทำการ	๒	
	<b>รวม</b>	<b>๒</b>	
	<b>รวม สิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)</b>	<b>๒๘</b>	
	<b><u>รวมคะแนนทั้งสิ้น</u></b>	<b><u>๑๐๐</u></b>	

## KPI ๒. ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ

รายละเอียดประกอบการประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ		
(Inspection Guideline) ประเด็นที่ ๖ : ระบบธรรมาภิบาล		
หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
โรงพยาบาล ..... จังหวัด .....		
สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข		
ประเด็นประเมิน	หัวข้อการประเมิน	รายละเอียดประกอบ
๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	๑.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพของหน่วยงาน องค์ประกอบ ของคณะทำงาน อย่างน้อย ๓ องค์ประกอบ	
	๑) ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา	๑. คำสั่งตรวจสอบเวชระเบียนในแต่ละสิทธิการรักษา ครบถ้วนอย่างน้อย ๗ สิทธิการรักษา
	๒) เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา	๒. คำสั่งเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ครบถ้วนอย่างน้อย ๗ สิทธิการรักษา
	๓) ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา	๓. คำสั่งติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา ครบถ้วนอย่างน้อย ๗ สิทธิการรักษา
	๑.๒ มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้	๔. คำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

	๑.๓ มี Flow chart ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ	
	๑) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการ	๕. Flow chart ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ของแต่ละสิทธิ
	๒) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการ ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในแต่ละสิทธิ	๖. Flow chart การบันทึกลูกหนี้ ของแต่ละสิทธิ
	๓) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	๗. Flow chart การส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละสิทธิ
	๔) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย (Claim)	๘. Flow chart ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย ของแต่ละสิทธิ
	๕) มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	๙. Flow chart การบันทึกลูกหนี้ ที่ผ่านการปรับปรุงลูกหนี้ให้เป็นปัจจุบัน
	๑.๔ คณะกรรมการจัดเก็บรายได้ทำการประชุมวิเคราะห์รายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ เพื่อเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบ	๑๐. รายงานการประชุมที่เกี่ยวข้องกับรายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ อย่างน้อย ปีละ ๒ ครั้ง
๒.ระบบงานศูนย์จัดเก็บใน การเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	๒.๑ มีการปฏิบัติงานตาม Flow chart	๑๑.ปฏิบัติงานตาม Flow chart ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน
	๒.๒ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ	
	๑) ขั้นตอนการประมวลผลผู้รับบริการ ของผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในแต่ละสิทธิ	๑๒. สังเกตสัมภาษณ์และ ทดลองให้ปฏิบัติจริงตาม Flowchart

	๒) การบันทึกลูกหนี้จากใบเสร็จและค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยในผู้ป่วยนอกในแต่ละสิทธิ	๑๓. สังเกตสัมภาระและ ทดลองให้ปฏิบัติจริงตาม Flowchart
	๓) มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	๑๔. สังเกตสัมภาระและ ทดลองให้ปฏิบัติจริงตาม Flowchart
	๔) ตรวจสอบผลการเบิกจ่าย Claim	๑๕. สังเกตสัมภาระและ ทดลองให้ปฏิบัติจริงตาม Flowchart
	๕) มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	๑๖. สังเกตสัมภาระและ ทดลองให้ปฏิบัติจริงตาม Flowchart
	<b>๒.๓ มีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้</b>	๑๗. ระบุชื่อ Software ที่ใช้
	<b>๒.๔ มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน</b> เกณฑ์ประสิทธิภาพทางการเงิน (๗ plus efficiency) มีประสิทธิภาพ ในการเรียกเก็บทุกกองทุน	
	๑) UC $\leq$ ๖๐ วัน	๑๘. ผลงาน ๗ plus efficiency ไตรมาส ที่ผ่านมา (รอบ ๑ Q๔/๖๔) กองทุน UC $\leq$ ๖๐ วัน
	๒) ชรก $\leq$ ๖๐ วัน	๑๙. ผลงาน ๗ plus efficiency ไตรมาส ที่ผ่านมา (รอบ ๑ Q๔/๖๔) กองทุน ชรก $\leq$ ๖๐ วัน
	๓) ปกส. $\leq$ ๑๒๐ วัน	๒๐. ผลงาน ๗ plus efficiency ไตรมาส ที่ผ่านมา (รอบ ๑ Q๔/๖๔) กองทุนปกส. $\leq$ ๑๒๐ วัน
๓. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้	๓.๑ มีรายชื่อตาม Flow chart ของกระบวนการเรียกเก็บรายได้ผู้ป่วย	๒๑. มีรายชื่อผู้รับผิดชอบตามแผนผังการปฏิบัติงานระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (Flow chart)
	นอกและผู้ป่วยในทุกสิทธิ	อย่างน้อย ๕ ขั้นตอน

(Staff & skill) มี จำนวน และ ทักษะ ความสามารถ	๓.๒ มีบุคลากรที่รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้	๒๒. บุคลากรที่รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ตาม Flow chart
	รายได้ตาม Floe chart ไม่น้อยกว่า ๕ คน ใน รพช.	(โปรดระบุจำนวนบุคลากร)
ของบุคลากรเหมาะสม ตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.	๑๐ คน ใน รพท. และ ๑๕ คน ใน รพศ.	
	๓.๓ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ ได้รับ ค่าตอบแทนตามสิทธิ	๒๓. สัมภาษณ์และประเมินหลักฐานการเบิกจ่ายค่าตอบแทน ได้แก่ ค่าตอบแทน ณ.๑๑/๑๒ และพตส.
	๓.๔ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ ได้รับ การอบรม	๒๔. มีหนังสืออนุมัติให้เข้าร่วมการอบรม/พัฒนา อย่างน้อย ๑ คน ๑ ครั้งต่อ ปี
	หรือพัฒนาศักยภาพ	
๔. มีการบันทึกข้อมูล กิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)	๔.๑ มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูล	๒๕. คำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบ การเรียกเก็บทุกกองทุนย่อยใน โรงพยาบาล
	การรักษาพยาบาล	
	๔.๒ ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาใน ผู้รับบริการ	๒๖. สุ่มประเมินความครบถ้วนและถูกต้องเวชระเบียน และรายละเอียด ค่าใช้จ่ายกองทุนย่อย
	เฉพาะกองทุนครบถ้วน	ของผู้ป่วยนอก เช่น กองทุน Covid-๑๙
	๔.๓ ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาผู้รับบริการ เฉพาะ	๒๗. สุ่มประเมินความครบถ้วนและถูกต้องเวชระเบียน และรายละเอียด ค่าใช้จ่ายกองทุนย่อย
	กองทุนครบถ้วน	ของผู้ป่วยใน เช่น กองทุน Covid-๑๙

	๔.๔ การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ ๑๐ ของเดือนถัดไป	๒๘. ประเมินผลการส่งข้อมูลรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้หน่วยงานที่บันทึกบัญชีอย่างน้อย ๓ เดือนย้อนหลัง
๕. มีการบันทึกรหัสการรักษาพยาบาลครบถ้วนและถูกต้อง (Code)	๕.๑ มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้รหัสการรักษาพยาบาล	๒๙. คำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ใน Flowchart
	๕.๒ มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	๓๐. แสดงผลการตรวจสอบ (Audit) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
	๕.๓ มีการบันทึกรหัสการรักษาพยาบาลผู้ป่วยในภายใน ๓๐ วัน	๓๑. สอบทานวันจำหน่ายผู้ป่วยในและวันเบิกจ่ายไม่เกิน ๓๐ วัน อย่างน้อย ๑๐ เวชระเบียน
	๕.๔ บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่บันทึกรหัส การรักษาพยาบาล	๓๒. หนังสืออนุมัติให้เข้าร่วมการอบรม/พัฒนา ๑ คน ๑ ครั้งต่อ ๑ ปี
	ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพ อย่างน้อย ๑ คนต่อ ๑ ครั้งต่อ ๑ ปี	
๖. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน	๖.๑ มีรายชื่อบุคลากรใน Flow chart ของการเบิกจ่าย	๓๓. รายชื่อผู้รับผิดชอบตาม Flow chart การเบิกจ่าย (Claim) ในทุกกองทุนย่อย
	(Claim) ในทุกกองทุนย่อย	
	๖.๒ การบริหารจัดการข้อมูลติด C ของกองทุนสปสช.	๓๔. รายงานการทบทวนและแก้ไขข้อมูลติด C ให้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน
	๖.๓ การบริหารจัดการข้อมูลติด Deny ของกองทุนสปสช.	๓๕. รายงานการทบทวนและแก้ไขข้อมูลติด Deny ให้ครบถ้วน ถูกต้อง และเป็นปัจจุบัน



	๖.๔ ไม่ได้รับการหัก ๕ % เนื่องจากส่งเบิกจ่ายล่าช้า	๓๖. สอบทานความครบถ้วนการได้รับเงินตาม Statement ที่เบิกจ่ายผู้ป่วยใน
<u>การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey)</u>		
๑. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)	๑.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล สิทธิเบิกจ่ายตรงข้าราชการ (CSMBS) ผลการปฏิบัติงานตามคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการจัดเก็บรายได้คุณภาพ มีองค์ประกอบ ของคณะทำงาน	
	๑) มีผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้สิทธิ	๑. รายงานผลการตรวจสอบความถูกต้องของการให้สิทธิ รวมทั้งการตรวจสอบสิทธิ
	๒) มีผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล	๒. รายงานผลการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลก่อนการเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล
	๓) มีผลรวมของลูกหนี้สุทธิในทุกเดือน	๓. ประเมินรายงานผลรวมของลูกหนี้สุทธิที่เป็นปัจจุบันของแต่ละเดือน
๒. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)	๒.๑ การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจำแนกตามรายสิทธิ	
	๑) มีผลการตรวจสอบและการยืนยันการเสร็จสิ้นกระบวนการรักษาพยาบาล (ปิด Visit) ของผู้ป่วยนอก	๔. ตรวจสอบ ประเมินและการยืนยันการเสร็จสิ้นกระบวนการรักษา (ปิด Visit)
	๒) มีการบันทึกลูกหนี้ผู้ป่วยนอก ในใบเสร็จค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการของผู้ป่วยใน ครบถ้วน	๕. ประเมินรูปแบบการบันทึกลูกหนี้ผู้ป่วยนอก ตามหมวดการรักษา

	๓) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอก	๖. ผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกในแต่ละ REP.
	๔) มีผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยใน	๗. ผลการบันทึกส่วนต่างของค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยในในแต่ละ REP.
	*ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	
<b>๓. มีการบันทึกข้อมูล กิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)</b>	๓.๑ มีคำสั่งมอบหมายงานหรือคณะทำงานการตรวจสอบคุณภาพ ในกลุ่มข้าราชการภายในพื้นที่	๘. คำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบคณะทำงานการตรวจสอบคุณภาพ ในกลุ่มข้าราชการภายในพื้นที่
	๓.๒ ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษา ในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	๙. เวชระเบียน และรายละเอียดค่าใช้จ่าย ในระบบผู้ป่วยนอก ไม่เกิน ขอบเขตของการเบิกจ่าย
	๓.๓ ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษา ในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	๑๐. ตรวจสอบ อัตราค่าห้องพิเศษของผู้ป่วยใน ครบถ้วน ถูกต้อง ตามประเภท ห้องพิเศษที่โรงพยาบาลกำหนด
	๓.๔ การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ ๑๐ ของ เดือนถัดไป	๑๑. ผลการส่งข้อมูลรายละเอียดค่าใช้จ่ายให้หน่วยงานที่บันทึกบัญชี ภายในวันที่ ๑๐ อย่างน้อย ๓ เดือน
<b>๔. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)</b>	๔.๑ มีการตรวจสอบ(Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และ ผู้ป่วยใน	๑๒. ผลการตรวจสอบ (Audit) เวชระเบียนผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน
	๔.๒ มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน ๓๐ วัน	๑๓. เปรียบเทียบวันจำหน่ายและวันเคลมไม่เกิน ๓๐ วัน

<b>๕.ระบบเบิกจ่าย (Claim)</b> <b>ของแต่ละกองทุน</b>	<b>๕.๑</b> มีการทบทวนและแก้ไขข้อมูลที่ไม่ผ่านการอนุมัติ การเบิกจ่าย ภายใน ๕ วันทำการ	<b>๑๔.</b> รายงานการทบทวนและแก้ไขข้อมูลที่ไม่ผ่านการอนุมัติเบิกจ่าย ราย Visit
<b>ระบบจัดเก็บรายได้ คุณภาพ</b>	<b>คะแนนเต็มทั้งหมด</b>	
	<b>รวมคะแนนที่ได้</b>	
	<b>คิดเป็นร้อยละ</b>	
		ลงชื่อ .....  (.....)  <b>ผู้ตรวจสอบ</b>

## ประเด็นที่ ๗ องค์กรแห่งความสุข

KPI Ranking ปีงบประมาณ 2565 กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร	
ชื่อตัวชี้วัด	<p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขของพนักงาน (Happinometer)</li> <li>2. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</li> </ol>
คำนิยาม	<p><b>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง</b> องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุขที่ทำงานน้อย และชุมชนสมานฉันท์</p> <p><b>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง</b> หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนรพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.) มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer)</li> <li>2. ร้อยละ 100 ของหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพ. และ สสอ.+รพ.สต.) มีการดำเนินการตามเกณฑ์มาตรฐานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ</li> </ol>
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของพนักงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) : บุคลากรสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 1) ข้าราชการ 2) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 3) พนักงานราชการ 4) ลูกจ้างประจำ 5) ลูกจ้างชั่วคราว</li> <li>2. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ รพท. รพช. และ สสอ. (รวม รพ.สต.)</li> </ol>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เข้าทำแบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH</li> <li>2. หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ให้กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร /กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ตรวจสอบผลการดำเนินงาน</li> </ol>

แหล่งข้อมูล	1. ผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านทางเว็บไซต์ Happy MOPH 2. เอกสารผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ												
รายการข้อมูล 1.	A1 = จำนวนบุคลากรกลุ่มเป้าหมายในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน B1 = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A1/B1) \times 100$												
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 1												
รายการข้อมูล 2.	A = จำนวน รพ. และ สสอ.+รพ.สต. ในอำเภอ ที่มีผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ B = จำนวน รพ. และ สสอ.+รพ.สต. ทั้งหมดในอำเภอ ( 2 หน่วยงานหลัก)												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 4												
เกณฑ์การประเมิน	<b>รอบ 6 เดือน :</b> ร้อยละ 70 ของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) <b>เกณฑ์การให้คะแนน</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>60 - 69</td> <td>70 - 79</td> <td>80 - 89</td> <td>90 - 99</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table> <b>รอบ 12 เดือน :</b> มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ (รายละเอียดตามเกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ)	คะแนน	1	2	3	4	5	ร้อยละ	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99	100
คะแนน	1	2	3	4	5								
ร้อยละ	60 - 69	70 - 79	80 - 89	90 - 99	100								
วิธีการประเมินผล :	1. การประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) 2. รพท 1/รพช./สสอ.มีการจัดส่งหน่วยงานที่ผ่านการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน												
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางรักชนก น้อยอาษา นักทัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : 089-9459898 2. นางทิพวรรณ ผางนุย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 087-9594106												

## เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

**เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง** การดำเนินงานภายในองค์กรมุ่งเน้นการสร้างเสริมบุคลากรให้มีทั้งสุขภาพที่ดี และมีความสุขในการทำงาน โดยอาศัยหลักการ 3 ประการคือ

- 1) คนทำงานมีความสุข (Happy People) การจัดสมดุลชีวิตในการทำงานได้อย่างมืออาชีพ มีศีลธรรมอันดีงาม และเอื้ออาทรต่อตนเองและผู้อื่น
- 2) ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy Workplace) ที่ทำงานมีความปลอดภัย ดูแลความสุขในการทำงานของบุคลากร ให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการอยู่ร่วมกัน และมีการพัฒนาร่วมกัน
- 3) การทำงานเป็นทีม (Happy Teamwork)

มีทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่

<p>หมวดที่ 1 ความสำเร็จเชิงผลลัพธ์ เป็นที่ยอมรับของสังคม และความพึงพอใจของผู้รับบริการ</p>	<p>1. หน่วยงานมีคุณภาพมาตรฐาน และผ่านการรับรอง HA/PMQA/รพ.สต.ติดดาว (ไม่ผ่าน = 0 คะแนน ผ่าน = 2 คะแนน)</p> <p>2. ความพึงพอใจของผู้รับบริการ 60-80 % = 1 คะแนน 80 % ขึ้นไป = 2 คะแนน</p>
<p>หมวดที่ 2 การบริหารระบบและกลไกบริหารผลตอบแทนการทำงาน การจัดสวัสดิการบุคลากร การให้รางวัลยกย่องบุคลากร ความก้าวหน้าในอาชีพ และการสร้างเสริมคุณธรรมจริยธรรมในองค์กร</p>	<p>1. มีระบบและกลไกบริหารผลตอบแทน การจัดสวัสดิการ การให้รางวัล (ไม่มีระบบ = 0 คะแนน ไม่มีระบบ = 2 คะแนน)</p> <p>2. มีระบบการสนับสนุนความก้าวหน้าในอาชีพ และการสร้างเสริมคุณธรรม จริยธรรมในองค์กร (ไม่มีระบบ = 0 คะแนน มีระบบ = 2 คะแนน)</p>
<p>หมวดที่ 3 มุ่งเน้นดูแลสุขภาพกาย ใจของบุคลากร การดูแลความสุขของครอบครัว การจัดการทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การประเมินสุขภาพของบุคลากร ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จัดการความเครียด ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย ส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร และการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน</p>	<p>1. มีการตรวจสุขภาพบุคลากรทั้งกายและจิตใจ การดูแลความสุขของครอบครัว การจัดการทำงานที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ การประเมินสุขภาพของบุคลากร ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จัดการความเครียด ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ/การเจ็บป่วย (ไม่มีกิจกรรม = 0 คะแนน มีกิจกรรม = 2 คะแนน)</p> <p>2. มีกิจกรรมส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ส่งเสริมให้เกิดความผูกพันในองค์กร และการส่งเสริมให้เกิดความสมดุลของการดำเนินชีวิตกับการทำงาน (ไม่มีกิจกรรม = 0 คะแนน มีกิจกรรม = 2 คะแนน)</p>

<p>หมวดที่ 4 บรรยากาศในการทำงาน</p> <p>ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร บรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุข สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี และความปลอดภัยในการทำงาน</p>	<p>1.ผู้นำสูงสุดมีแนวทางการสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง เป็นต้นแบบการสร้างสุขในองค์กร (ไม่มีกิจกรรม = 0 คะแนน มีกิจกรรม = 2 คะแนน)</p> <p>2.มีบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุข สภาพแวดล้อมการทำงานที่ดี และความปลอดภัยในการทำงาน (ไม่มีกิจกรรม = 0 คะแนน มีกิจกรรม = 2 คะแนน)</p>
<p>หมวดที่ 5 การลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร</p> <p>การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร การเรียนรู้ในองค์กร สนับสนุนทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข และกระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข</p>	<p>1.มีการลงทุนเพื่อการสร้างสุขในองค์กร การกำกับดูแลนโยบายองค์กรสร้างสุข การสื่อสารเรื่องการสร้างสุขในองค์กร การเรียนรู้ในองค์กร (ไม่มีกิจกรรม = 0 คะแนน มีกิจกรรม = 2 คะแนน)</p> <p>2.การเรียนรู้ในองค์กร สนับสนุนทรัพยากร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างสุข และกระบวนการประเมินองค์กรสร้างสุข (ไม่มีกิจกรรม = 0 คะแนน มีกิจกรรม = 2 คะแนน)</p>

## ประเด็นที่ ๘ ยาเสพติด

ตัวชี้วัด	<p>๑. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)</p> <p>๒. ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติด ตามเป้าหมายในระบบสมัครใจได้รับการค้นหาคัดกรองแบบบูรณาการ และนำเข้าสู่การบำบัดรักษายาเสพติดในสถานบริการทุกระดับ</p> <p>๓. จำนวนหมู่บ้านจัดตั้ง CBTx. ใหม่ ๑ หมู่ และ และจำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดแบบCBTx.ตามเป้าหมาย</p>
ค่านิยาม	<p>๑.*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>*การดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดอย่างน้อย ๑ ปี</p> <p>๒.สถานบริการทุกระดับมีแผนบูรณาการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานศึกษา ในชุมชน และในสถานประกอบการ และดำเนินการตามแผนนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาแบบสมัครใจตามเป้าหมาย</p> <p>๓. อำเภอจัดตั้งหมู่บ้าน CBTx. ใหม่ปี ๒๕๖๕ เป้าหมาย ๑ หมู่บ้าน และมีผลงานบำบัดผู้ป่วย CBTx.ตามเป้าหมายอำเภอ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย :	<p>๑. ร้อยละ <math>\geq ๕๘</math></p> <p>๒. ร้อยละ ๑๐๐ (ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรร)</p> <p>๓. หมู่บ้าน CBTx.ใหม่ ๑ หมู่บ้าน และมีผลงานบำบัดผู้ป่วย CBTx.ตามเป้าหมาย</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑.ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข</p> <p>๒.ผู้ป่วยยาเสพติดแบบสมัครใจได้รับการค้นหาคัดกรองแบบบูรณาการและนำเข้าบำบัดรักษา</p> <p>๓.เพื่อขยายการจัดตั้งหมู่บ้านใหม่ CBTx.และมีการบำบัดรักษาในรูปแบบชุมชนมีส่วนร่วมหรือชุมชนเป็นฐาน (CBTx.)</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด แบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานะข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ หรือ บสต.และแบบบันทึกพฤติการณ์ผู้ป่วย</p>



แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล					
สูตรคำนวณ/การประมวลผล						
KPI๑	<p>รายการข้อมูล ๑ : ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู</p> <p>รายการข้อมูล ๒ : ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ หรือเสียชีวิต</p>					
	<p>A:จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาแบบสมัครใจภาพรวมอำเภอ</p> <p>B:เป้าหมายผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจของหน่วยงานภาพรวมอำเภอ</p>					
	$(A/B) \times 100$					
KPI๒	ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบสมัครใจเทียบเป้าหมาย					
KPI๓	จำนวนหมู่บ้าน CBTx.ใหม่ ๑ หมู่					
	จำนวนผลงานบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดแบบ CBTx.เทียบเป้าหมาย					
ระยะเวลาประเมินผล	Ranking ๒๕๖๕ (ตรวจสอบข้อมูลระดับจังหวัดทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน)					
วิธีการประเมินผล	<p>- สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับรวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)</p> <p>ประเมินผล โดยงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน หรือตัดข้อมูล real time ๑ วันก่อนวันออก Ranking</p>					
เกณฑ์การให้คะแนน คะแนนหลังการประมวลผลทุก KPI คะแนนเต็ม ๕						
ค่าคะแนน	๐	๑	๒	๓	๔	๕
๑.ร้อยละ $\geq ๕๕$	$< ๔๐$	๔๐-๔๕	๔๕.๑๐-๕๐	๕๐.๑๐-๕๕	๕๕.๑๐-๕๗.๙๙	$\geq ๕๘$
๒.ร้อยละ ๑๐๐	$< ๒๐$	๒๐	๔๐	๖๐	๘๐	๑๐๐
๓.หมู่บ้านใหม่ CBTx. และผลงานบำบัดแบบ CBTx.ตามเป้าหมาย	ประเมินผลเทียบสัดส่วนผลงานตามเป้าหมายที่กำหนดค่าคะแนน ๕					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน(retention rate)	Baseline data		หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)		ร้อยละ (เฉลี่ย๓ปี ๔๔.๓๖)		๕๐	๕๕	๕๘
หน่วยงานที่รับประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ/รพ.สต.					
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	Ranking phase ๒๕๖๕ (ตรวจสอบข้อมูลระดับจังหวัดทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน)					

ผู้บริหารตัวชี้วัด	นายธีระพงษ์ แก้วภมร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางชฎาภรณ์ ชื่นตา รองนายแพทย์สาธารณสุขด้านส่งเสริมพัฒนา
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางนิภาภรณ์ ภาคพรหม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและยาเสพติด
ผู้ดูแลตัวชี้วัด	นางพิศมัย รัตนเดช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ E-mail: pis_4444@outlook.co.th

## ประเด็นที่ ๙ โรคเบาหวาน

### KPI ๑. การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

ตัวชี้วัด	การควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ( น้ำหนักคะแนน = ๓ )					
คำนิยาม	ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘					
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๔๐					
กลุ่มเป้าหมาย	-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓) : ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = E๑๐-E๑๔ -เครือข่ายบริการระดับอำเภอ					
วิธีการจัดเก็บ	-บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU -กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายระดับอำเภอ					
แหล่งข้อมูล	-รายงานตามระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร -เอกสารตามเกณฑ์การประเมิน					
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้					
เกณฑ์การให้คะแนน						
	น้ำหนัก	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
	คะแนน	< ๑๐	๑๐ - ๑๔	๑๕ - ๑๙	๒๐ - ๒๔	๒๕-๓๐
หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน						
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ					
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking					
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด						
ชื่อ-สกุล : นางสงศรี มูลสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : ๐๘๘ - ๕๘๕๕๘๒๘					
โทร : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓ ต่อ ๑๒๙	โทรสาร : ๐๔๕ - ๗๑๑๓๒๔ e-mail : <a href="mailto:songsri.m@gmail.com">songsri.m@gmail.com</a>					

เกณฑ์การให้คะแนนประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยDM ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๑.	คุณภาพการกำหนดนโยบายในการแก้ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๑.๑ มีการกำหนดเป็นนโยบายและปัญหาสำคัญ ๑.๒ มีแผนงาน/โครงการแก้ปัญหา ๑.๓ มีคณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ และมีนอกหน่วยงานร่วมเป็นกรรมการ และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ปัญหาร่วมกัน โดยการประชุมและวางแผนแก้ปัญหาร่วมกันอย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง	(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ (๓ คะแนน) มี ๒ ข้อ (๕ คะแนน) มี ๓ ข้อ	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน NCD Board ระดับอำเภอ - วาระการประชุม/รายงานการประชุม - แผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล - ภาพถ่ายกิจกรรม
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๒.	กิจกรรมสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๒.๑ แผนการตรวจ HbA1c และ Lab ประจำปี ๒.๒ ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เช่น สมุดบันทึก วัสดุ/เครื่องมือ ความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ ๒.๓ ติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์โดย อสม. CG อย่างต่อเนื่อง ๒.๔ ประเมินผลการดูแลและรักษา แก้ปัญหาร่วมกับสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล	(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ (๓ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ (๕ คะแนน) มี ๔ ข้อ	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	- แผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - เอกสารหลักฐาน สมุดบันทึก - แบบติดตาม ประเมินกลุ่มเป้าหมาย - ภาพกิจกรรม - แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ - บันทึกการนิเทศ ติดตามและประเมินผล
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				

หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๓.	คุณภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ๓.๑ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการเจาะ HbA1C อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี  ๓.๒ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	(๑ คะแนน) <๓๐% (๒ คะแนน) >๓๐-๔๐% (๓ คะแนน) >๔๐-๕๐% (๔ คะแนน) >๕๐-๖๐% (๕ คะแนน) > ๗๐%  (๑ คะแนน) <๑๐% (๒ คะแนน) >๑๐-๒๐% (๓ คะแนน) >๒๐-๓๐% (๔ คะแนน) >๓๐-๔๐% (๕ คะแนน) > ๔๐%	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๒ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๔ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน  <input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๒ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๔ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC
<b>รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน)</b>				
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๔.	กิจกรรมเพิ่มคุณภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ลดการบริโภค บุหรี่ยูเรธา/เกลือ/หวาน/มัน และกิจกรรมทางกาย ทั้งในคลินิก บริการและในชุมชน ๔.๑ กิจกรรมลดการบริโภคบุหรี่ยูเรธา ๔.๒ กิจกรรมลด หวาน มัน เค็ม ๔.๓ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย ๔.๔ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต เท้า ๔.๕ สร้างความรอบรู้ด้านลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	(๑ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ (๓ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ (๕ คะแนน) มี ๕ ข้อ	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	- แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ - ภาพกิจกรรม - รายงานในระบบ HDC
<b>รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)</b>				

หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๕.	<p>การสร้างความร่วมมือสู่ชุมชน โดยการสร้างชุมชนวิถีใหม่ ท่างไกล NCDs อย่างน้อย ๒ ชุมชน/อำเภอ</p> <p>๕.๑ มีวิเคราะห์ชุมชนโดยชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>๕.๒ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ปัญหา</p> <p>๕.๓ มีการกำหนดมาตรการชุมชน</p> <p>๕.๔ มีการจัดกิจกรรมลดเสี่ยง ลดโรคในชุมชน</p> <p>๕.๕ มีการติดตาม และประเมินผล</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ</p> <p>(๓ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๕ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p>	<p>-แบบรายงานผลการดำเนินงาน</p> <p>-ภาพกิจกรรม</p> <p>- บันทึกการนิเทศ ติดตามและประเมินผล</p>
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด (คะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน)				

KPI ๒. ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

ตัวชี้วัด	ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.73m <sup>2</sup> /yr มากกว่าร้อยละ 66 (น้ำหนักคะแนน = 3 )					
คำนิยาม	CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 • eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการ คำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)					
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 66					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรค เป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132','E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139','I151', 'N021','N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032','N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043','N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054','N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065','N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076','N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087','N088', 'N089', 'N110','N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132','N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142','N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219','N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288','N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR ≥ 15					
วิธีการจัดเก็บ	ระบบรายงาน และการประเมินกระบวนการดำเนินงาน					
แหล่งข้อมูล	ผลงานระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ตรวจสอบเอกสารตามเกณฑ์การประเมิน					
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้					
เกณฑ์การให้คะแนน						
	น้ำหนัก	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
	คะแนน	< 10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25-30
หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน						
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ					
วิธีการรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking					
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด						
ชื่อ-สกุล : นางสงศรี มูลสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : 088 – 5845828 โทรสาร : 045 – 711324					
โทร : 045 – 712233 ต่อ 129	e-mail : <a href="mailto:songsri.m@gmail.com">songsri.m@gmail.com</a>					

เกณฑ์การให้คะแนนประเมินผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๑.	<p>นโยบายกลไกการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาหลอดเลือดและชะลอไตเสื่อม</p> <p>๑.๑ มีการกำหนดเป็นนโยบายและปัญหาสำคัญ</p> <p>๑.๒ มีการกำหนดมาตรการ ระดับอำเภอผ่าน พชอ.</p> <p>๑.๓ มีแผนงาน/โครงการแก้ปัญหาที่ชัดเจน</p> <p>๑.๔ มีคณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ โดยมีสาขาวิชาชีพหลักและนอกหน่วยงานร่วมเป็นกรรมการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยการประชุมและวางแผนแก้ปัญหาร่วมกันอย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง</p> <p>๑.๕ มีการประเมินคลินิก CKD และมีแผนในการขับเคลื่อนการพัฒนา</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ</p> <p>(๓ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๔-๕ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p>	<p>- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน NCD Board ระดับอำเภอ</p> <p>- วาระการประชุม/รายงานการประชุม</p> <p>- แผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงานแก้ไขหลอดเลือดและชะลอไตเสื่อม</p> <p>-แบบประเมิน/รายงาน</p> <p>-ภาพถ่ายกิจกรรม</p>
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๒.	<p>กิจกรรมสนับสนุนการลดและชะลอไตเสื่อม</p> <p>๒.๑ ตรวจคัดกรอง CKD ในกลุ่มป่วย DM&amp;HT</p> <p>๒.๒ จัดบริการให้ความรู้ คำแนะนำและรณรงค์ลดเค็ม ในประชากรกลุ่มป่วย DM &amp; HT และจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์</p> <p>๒.๓ มีการจัดกิจกรรมลดและชะลอไตเสื่อม ในสถานบริการและในชุมชน</p> <p>๒.๔ ติดตามเยี่ยมบ้าน โดย อสม. รักรัษีไต CG หมอครอบครัว</p> <p>๒.๕ สนับสนุนให้มีหมู่บ้าน/ชุมชนลดเค็ม อย่างน้อย ๑ แห่ง</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ</p> <p>(๓ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๔-๕ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p>	<p>-แผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>-เอกสารหลักฐาน สมุดบันทึก</p> <p>-แบบติดตาม ประเมินกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>-ภาพกิจกรรม</p> <p>- แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ</p> <p>- บันทึกการนิเทศ ติดตามและประเมินผล</p>
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				



หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๓.	<p>คุณภาพบริการในการลดและชะลอไตเสื่อม</p> <p>๓.๑ ผู้ป่วยDM และ/หรือ HT ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ได้รับการตรวจคัดกรอง CKD (เป้าหมาย &gt; ๘๐%)</p> <p>๓.๒ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD ๑-๔ และได้รับยา ACEi/ARB (เป้าหมาย &gt; ๖๐%)</p> <p>๓.๓ ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR &lt;5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>/yr (เป้าหมาย &gt; ๖๖ %)</p>	<p>(๑ คะแนน) &lt;๔๐%</p> <p>(๒ คะแนน) &gt;๔๐-๕๐%</p> <p>(๓ คะแนน) &gt;๕๐-๖๐%</p> <p>(๔ คะแนน) &gt;๖๐-๗๐%</p> <p>(๕ คะแนน) &gt; ๘๐%</p> <p>(๑ คะแนน) &lt;๓๐%</p> <p>(๒ คะแนน) &gt;๓๐-๔๐%</p> <p>(๓ คะแนน) &gt;๔๐-๕๐%</p> <p>(๔ คะแนน) &gt;๕๐-๖๐%</p> <p>(๕ คะแนน) &gt; ๖๐%</p> <p>(๑ คะแนน) &lt;๔๕%</p> <p>(๒ คะแนน) ๔๕-๕๔%</p> <p>(๓ คะแนน) ๕๕-๕๙%</p> <p>(๔ คะแนน) ๖๐-๖๕%</p> <p>(๕ คะแนน) &gt; ๖๖%</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๔ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๔ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๔ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p>	ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๑๕ คะแนน)				

หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๔.	<p>การบูรณาการเพื่อลดและชะลอไตเสื่อม</p> <p>๔.๑ มีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมให้กับเครือข่ายร่วมดำเนินการ เพื่อป้องกัน ควบคุม ดูแล โรคไตเรื้อรัง ในชุมชน</p> <p>๔.๒ มีทีมรักษไต หรือ ทีมหมอครอบครัวหรือเครือข่ายเยี่ยมบ้าน โดยมีประเด็นการป้องกัน ควบคุมโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย</p> <p>๔.๓ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย</p> <p>๔.๓ มีระบบการส่งต่อเชื่อมโยง รพ.สต ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care) สำหรับผู้ป่วย CKD stage 3-4 มีแผนและดำเนินงานตามแผนในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care)</p> <p>๔.๔ มีกิจกรรมที่บูรณาการแผน Service Plan สาขา NCD , สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน , สาขาโรคหัวใจ ฯลฯ</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ</p> <p>(๓ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๔ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p>	<p>- แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ</p> <p>- ภาพกิจกรรม</p> <p>- รายงานในระบบ HDC</p>
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด (คะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน)				

## ประเด็นที่ ๑๐ อุบัติเหตุทางถนน

### KPI ๑. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน
คำนิยาม	<p>อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-๑๐ = V๐๑-V๘๙) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ</p> <p>ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุรวมถึงชอกลับไปตายที่บ้าน</p> <p>เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน(ปี ๒๕๕๔-๒๕๖๓) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ ๕๐ โดยเริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ ๕ ปี (ปี ๒๕๕๔ - ๒๕๕๘) แนวโน้มยังคงตัว มีเวลาที่จะดำเนินการอีก ๕ ปีเท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดให้ได้ร้อยละ ๕๐ ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ ๗ - ๘ ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษฯ หรือคิดเป็นลดลงปีละ ๒ ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี ๒๕๕๔ เป็นค่าตั้งต้น รายละเอียดเป้าหมาย และกำหนดให้ปี ๒๕๖๔ ไม่เกิน ๑๐ ต่อประชากรแสนคนซึ่งคาดหมายว่าเมื่อสิ้นไตรมาสที่ ๔ อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า ๑๘ ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน ๑๘ ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผล การตอบสนองหลังเกิดเหตุ กระทรวงที่เกี่ยวข้องจึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกิน ๒๕.๓๖ ต่อประชากรแสนคน
กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกกลุ่มอายุที่เกิดอุบัติเหตุในพื้นที่จังหวัดยโสธร
แหล่งข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย</li> <li>- ระบบ e-Report สาธารณสุข (โปรแกรม <a href="http://ict-pher.moph.go.th">http://ict-pher.moph.go.th</a>)</li> </ul>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดยโสธร โดยบูรณาการข้อมูล ๓ ฐาน (ตำรวจ สาธารณสุข บริษัทกลาง)
หน่วยตัวชี้วัด	อัตราตายต่อแสนประชากร
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
นิยาม A	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด   หมายเหตุ ปี ๒๕๖๕ =เดือนตุลาคม ๒๕๖๔ - เดือนกันยายน ๒๕๖๕
นิยาม B	B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๔

หน่วยของค่า A, B	คน
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ ๒ ครั้ง : ไตรมาส ๒ ไตรมาส ๔
วิธีการ ประเมินผล	<p>โดยประเมินจาก :</p> <p>๑) อัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดยโสธรมีค่าตั้งต้นของอัตราตายต่อแสนประชากรจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงร้อยละ ๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓) ค่าเป้าหมายอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนน จังหวัดยโสธรปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ไม่เกิน ๑๘ ต่อแสนประชากร (ไม่เกิน ๑๒๙ คน)</p> <p>๒) การดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้านคือ มาตรการจัดการข้อมูล มาตรการป้องกัน มาตรการรักษาพยาบาล และมาตรการ บริหารจัดการและโครงสร้าง</p> <p><b>การดำเนินงานตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน มีดังนี้</b></p> <p><b>๑. มีมาตรการจัดการข้อมูล</b></p> <p>( - ต้องมีการประชุมใน พขอ. หรือคณะทำงาน หรือเครือข่ายก็ได้ใช้มัย ไม่จำเป็นต้องเป็น พขอ. -จำเป็นต้องประชุมทุกเดือนเลยหรือ รายไตรมาส หรือทุก ๒ เดือน ได้หรือไม่ เพราะบางพื้นที่ก็ไม่มี case ฆ่าตัวตาย )</p> <p>๑.๑มีการวิเคราะห์ข้อมูลอุบัติเหตุและนำเสนอต่อ ศปถ.อำเภอ</p> <p>๑.๒มีการแก้ไขจุดเสี่ยง ๕ แห่ง/อำเภอ</p> <p><b>๒. มีมาตรการป้องกัน</b></p> <p>๒.๑ สร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชนผ่าน พขอ*. และส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมดำเนินกิจกรรมด้านชุมชนในช่วงเทศกาลต่างๆ</p> <p>๒.๒ มีการดำเนินมาตรการตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขเน้นความปลอดภัยของ รพพยาบาล รถยนต์ราชการ และการสวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่และซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์</p> <p><b>๓. มีมาตรการรักษาพยาบาล</b></p> <p>๓.๑ การพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล และช่องทางด่วนในการเข้าถึงการบริการ มีหน่วยงานหลักที่บริหารจัดการ ด้านอุบัติเหตุ มีระบบส่งต่อผู้ป่วยให้เชื่อมโยงถึงกันได้ทุกแห่ง</p> <p>๓.๒ มีการพัฒนางาน EMS ร่วมกับหน่วยงานและท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องให้มีมาตรฐานและยกระดับการดูแลรักษาแต่ดาร์รับแจ้งเหตุ การช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ การรักษาในโรงพยาบาลและการส่งต่อผู้ป่วยได้ตามมาตรฐาน</p> <p><b>๔. มีมาตรการบริหารจัดการและโครงสร้าง</b></p> <p>๔.๑ มีระบบบัญชาการเหตุการณ์สำคัญ ICS (Incident Command System) ระดับอำเภอ</p> <p>๔.๒ มีระบบโครงสร้างและการบริหารจัดการด้าน EOC (Emergency Operation Center) ในโรงพยาบาล มีกลุ่มงาน บุคคลรับผิดชอบงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน และสาธารณสุขระดับอำเภอ</p>

<p><b>วิธีการประเมินผล</b> (ต่อ)</p>	<p><b>แนวทางการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนผ่าน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ*)</b></p> <p><b>๑.ส : สารสนเทศ (Information)</b> การพัฒนาและจัดการข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้จากการสอบสวนเพื่อใช้ประโยชน์ ในการดำเนินงาน โดยมีการดำเนินการสอบสวนตามเกณฑ์ของสำนักกระบวนวิชา</p> <p><b>๒.ส : สุดเสียง (Priority)</b> หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลแล้วเลือกปัญหา/สาเหตุที่สำคัญ มีความเสี่ยงสูงมาดำเนินการก่อน</p> <p><b>๓.ส : สหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary)</b> นำปัญหาที่ได้มาร่วมกันคิดและวางแผนป้องกันและแก้ไข ปัญหาโดยมีหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันทำงานจึงจะเกิดผลลัพธ์เห็นเป็นรูปธรรม</p> <p><b>๔.ส : สุดคุ้ม (Costeffective)</b> เลือกมาตรการ วิธีการที่ดำเนินการแล้วมีความเป็นไปได้และคุ้มค่า</p> <p><b>๕.ส : ส่วนร่วม (Communication participation)</b> โดยคนในพื้นที่/ชุมชนและภาคีคนทำงานมีส่วนร่วมในทุกระบวนการทำงาน ของพื้นที่และภาคีเครือข่าย มีการติดตามประเมินผลมาตรการ วิธีการที่เลือกมาดำเนินการเพื่อนำไปปรับกระบวนการทำงาน โดยผ่านการดำเนินงาน ๕ส. รายละเอียดดังนี้</p> <p><b>ค่า median ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓ (มกราคม-ธันวาคม) แยกรายอำเภอของจังหวัดยโสธร</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>เมืองยโสธร</th> <th>ทรายมูล</th> <th>กุดชุม</th> <th>คำเขื่อนแก้ว</th> <th>ป่าดิว</th> <th>มหาชนะชัย</th> <th>ค้อวัง</th> <th>เลิงนกทา</th> <th>ไทยเจริญ</th> <th>รวม</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>มัธยฐาน (Mdn) ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓</td> <td>๓๖.๒๙</td> <td>๑๙.๓๑</td> <td>๑๙.๕๗</td> <td>๒๓.๗๗</td> <td>๒๕.๔๗</td> <td>๑๐.๔๔</td> <td>๑๕.๖๖</td> <td>๒๕.๘๑</td> <td>๑๙.๖๑</td> <td>๒๕.๓๖</td> </tr> </tbody> </table>	อำเภอ	เมืองยโสธร	ทรายมูล	กุดชุม	คำเขื่อนแก้ว	ป่าดิว	มหาชนะชัย	ค้อวัง	เลิงนกทา	ไทยเจริญ	รวม	มัธยฐาน (Mdn) ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓	๓๖.๒๙	๑๙.๓๑	๑๙.๕๗	๒๓.๗๗	๒๕.๔๗	๑๐.๔๔	๑๕.๖๖	๒๕.๘๑	๑๙.๖๑	๒๕.๓๖
อำเภอ	เมืองยโสธร	ทรายมูล	กุดชุม	คำเขื่อนแก้ว	ป่าดิว	มหาชนะชัย	ค้อวัง	เลิงนกทา	ไทยเจริญ	รวม													
มัธยฐาน (Mdn) ปี พ.ศ. ๒๕๕๙-๒๕๖๓	๓๖.๒๙	๑๙.๓๑	๑๙.๕๗	๒๓.๗๗	๒๕.๔๗	๑๐.๔๔	๑๕.๖๖	๒๕.๘๑	๑๙.๖๑	๒๕.๓๖													

<p><b>วิธีการประเมินผล</b> (ต่อ)</p>	<p><b>เกณฑ์การประเมิน</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ช่วงประเมิน</th> <th>๑ คะแนน</th> <th>๒ คะแนน</th> <th>๓ คะแนน</th> <th>๔ คะแนน</th> <th>๕ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ไตรมาส ๒,๔</td> <td>อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๐.๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน</td> <td>อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๒.๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน</td> <td>อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน</td> <td>อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๑๐ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน</td> <td>อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๑๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน</td> </tr> </tbody> </table>	ช่วงประเมิน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน	ไตรมาส ๒,๔	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๐.๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๒.๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๑๐ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๑๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน
ช่วงประเมิน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน								
ไตรมาส ๒,๔	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๐.๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๒.๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๑๐ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน	อัตราตายต่อแสนประชากร จากอุบัติเหตุทางถนนลดลง ร้อยละ ๑๕ ของค่า Median (ปี ๒๕๕๙-๒๕๖๓ อำเภออื่นๆ) และดำเนินการตามมาตรการสำคัญ ๔ ด้าน								

<b>เอกสาร สนับสนุน :</b>	<b>เอกสารด้านกระบวนการ</b> ๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน/กรรมการของเครือข่าย ๒. ทำเนียบเครือข่าย ๓. แผนงานโครงการ,งบประมาณ ๔. สรุปรายงานการประชุม ๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน
<b>ผู้รับผิดชอบ</b>	๑. นางเบญจรัตน์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ๒. นายเรืองยศ พรหมวิชัย ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล

## ประเด็นที่ ๑๑ OV/CCA

## KPI ๑. การจัดการสิ่งปฏิภูลด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผน	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	ส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิภูลด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ
คำนิยาม	ส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิภูลด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ หมายถึง มีการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ในการส่งเสริมและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีการออกและบังคับใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการจัดการสิ่งปฏิภูล และมีการจัดการสิ่งปฏิภูล ตั้งแต่ระบบการรองรับ การเก็บ การขน และการกำจัดสิ่งปฏิภูล
เกณฑ์เป้าหมาย :	
ทุกอำเภอมีการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพในประเด็นการส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิภูล	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิภูลในทุกอำเภอ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลจากหลักฐานในการการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
แหล่งข้อมูล	หลักฐานในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในระดับอำเภอ
รายการข้อมูล	คะแนนการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในระดับอำเภอ และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผลรวมคะแนนในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมฯ ตามรายการที่ Check List
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมินเพื่อจัดอันดับ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕

เกณฑ์การประเมิน :      เกณฑ์การให้คะแนน	
ส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิกูลด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	คะแนนในการจัดการ
	สิ่งปฏิกูล
๑. มีนโยบายการดำเนินงานในระดับอำเภอ	๑ คะแนน
๒. มีมาตรการ/แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมที่ดำเนินการ อย่างเป็นรูปธรรม	๑ คะแนน
๓. มีข้อมูลการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นของ อปท. ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการสิ่งปฏิกูล	
- ครอบคลุม ๑๐๐%	๑ คะแนน
- ครอบคลุม >๖๐%	๐.๕ คะแนน
- ครอบคลุม <๖๐%	๐.๒๕ คะแนน
- ไม่มี = ๐ คะแนน	๐ คะแนน
๔. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่อย่างถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล อย่างน้อย ๑ แห่ง/อำเภอ	๑ คะแนน
๕. รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำสรุปรายงานสถานการณ์ ผลการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรค และแนวทางแก้ไข	๑ คะแนน
	คะแนนเต็ม
	๕ คะแนน
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	คปสอ. สรุปรายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	๑. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม <a href="http://laws.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/laws/main.php?filename=๑HLaws๒๐๑๖">http://laws.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/laws/main.php?filename=๑HLaws๒๐๑๖</a> ๒. กฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ.๒๕๖๑ <a href="http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER๙/DRAWER๐๔๑/GENERAL/DATA๐๐๐๓/๐๐๐๐๓๓๑๒.PDF">http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER๙/DRAWER๐๔๑/GENERAL/DATA๐๐๐๓/๐๐๐๐๓๓๑๒.PDF</a>
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นางอัญชลี ชคัตตริย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๕๗๑ ๒๒๓๓-๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖ ๒๔๖ ๔๒๗๔ E-mail : aun๒๕๐๕@gmail.com นางนารถฤดี กุลวิเศษณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๕๗๑ ๒๒๓๓-๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗ ๕๑๔ ๖๘๔๑ E-mail : nardludee@gmail.com