คู่มือ
การประเมินผล
การปฏิบัติราชการ
หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ
และการจัดลำดับหน่วยงาน
(Ranking)
ปี 2566
จังหวัดยโสธร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
โทร. 045 712233-4
YASOTHON.MOPH.GO.TH

คำนำ

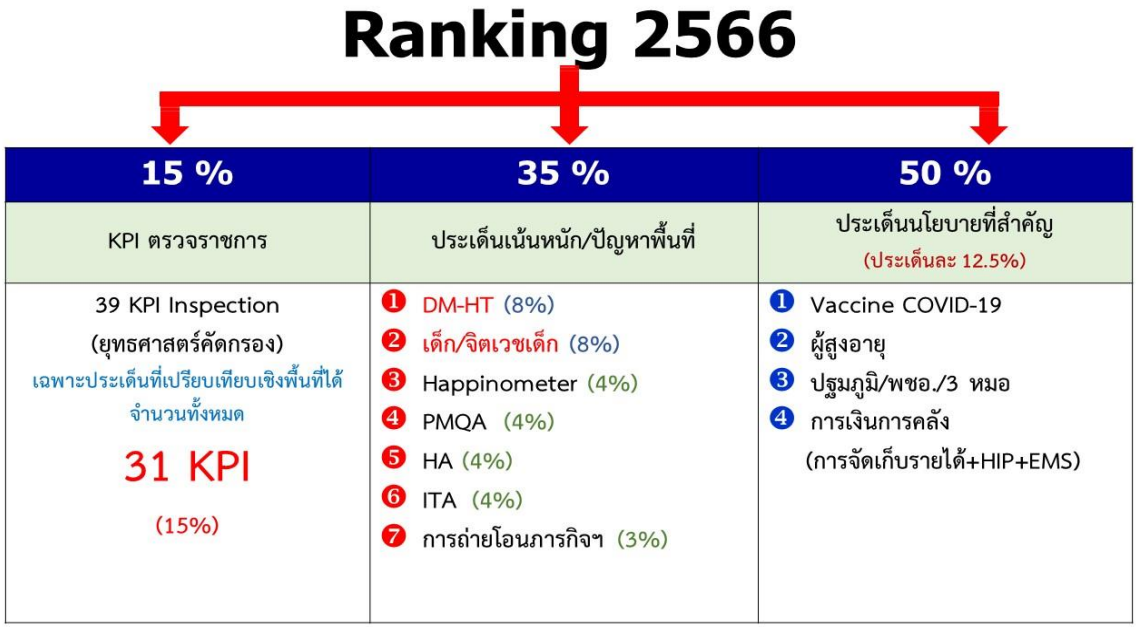
คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๖ จังหวัดยโสธร เนื้อหาประกอบด้วยตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข แบ่งออกเป็น ๓ ส่วน ส่วนที่ ๑ คะแนนจากผลการปฏิบัติงานใน KPI ตรวจราชการ ร้อยละ ๑๕ ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ ในการให้คะแนน ๓๑ KPI ส่วนที่ ๒ คะแนนจากการประเมินประเด็นเน้นหนัก/ปัญหาของพื้นที่ ร้อยละ ๓๕ ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนน ๗ ประเด็น ส่วนที่ ๓ คะแนนจากการประเมินจากนโยบายสำคัญ ร้อยละ ๕๐ ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนน ๔ ประเด็น ซึ่งในส่วนที่ ๒ และ ๓ ในเอกสาร จะแสดงให้เห็นถึงขอบเขต เนื้อหา รายละเอียด วิธีการในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อวัดและประเมินการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อันเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด

คณะผู้จัดทำคาดหวังว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๖ จังหวัดยโสธร ซึ่งหากเอกสารฉบับนี้ มีข้อผิดพลาดและขาดความสมบูรณ์ของเนื้อหา คณะผู้จัดทำขอน้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
มกราคม ๒๕๖๖

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
รายละเอียดตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จังหวัดยโสธร	
ส่วนที่ ๑ คะแนนจากผลการปฏิบัติงานใน KPI ตรวจราชการ ร้อยละ ๑๕	๑-๒
ส่วนที่ ๒ คะแนนจากการประเมินประเด็นเน้นหนัก/ปัญหาของพื้นที่ ร้อยละ ๓๕	๓
ประเด็นที่ ๑ DM&HT	๔
ประเด็นที่ ๒ เด็ก/จิตเวชเด็ก	๑๑
ประเด็นที่ ๓ Happinometer	๒๑
ประเด็นที่ ๔ PMQA	๒๕
ประเด็นที่ ๕ HA	๒๗
ประเด็นที่ ๖ ITA	๓๓
ประเด็นที่ ๗ การถ่ายโอนภารกิจฯ สอน./รพสต.	๓๕
ส่วนที่ ๓ คะแนนจากการประเมินจากนโยบายสำคัญ ร้อยละ ๕๐	๓๗
ประเด็นที่ ๑ วัคซีนโควิด ๑๙	๓๙
ประเด็นที่ ๒ ผู้สูงอายุ	๔๓
ประเด็นที่ ๓ ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง/พชอ./๓ หมอ	๕๑
ประเด็นที่ ๔ การเงินการคลัง	๗๓



ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)

ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดยโสธร

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อจัดลำดับ (Ranking) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ปีงบประมาณ 2566 จังหวัดยโสธร แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

<u>ส่วนที่ 1</u> คะแนนจาก **ผลการปฏิบัติงานใน KPI ตรวจราชการ ร้อยละ 15** ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ ในการให้คะแนน 31 KPI รายละเอียด ดังนี้

ข้อที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
1	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Palliative care) ที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (5)	ร้อยละ 5
2	ร้อยละของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยยากัญชาทางการแพทย์ (เพิ่มขึ้นจากปีที่แล้ว ร้อยละ 50)	ร้อยละ 50
3	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ <= 12 สัปดาห์ (50)	ร้อยละ 50
4	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์คุณภาพ (50)	ร้อยละ 50
5	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก (70)	ร้อยละ 70
6	ร้อยละหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ (75)	ร้อยละ 75
7	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่เกินร้อยละ 7 (7)	ไม่เกินร้อยละ <7
8	ร้อยละของทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียว (50)	ร้อยละ 50
9	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (86)	ร้อยละ 86

ข้อที่	ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
10	ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90
11	ร้อยละเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20
12	ร้อยละเด็กปฐมวัยได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90
13	ร้อยละของเด็กปฐมวัยได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 35
14	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน (64)	ร้อยละ 64
15	ร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเตี้ย (ไม่เกินร้อยละ 10)	ไม่เกินร้อยละ ≤10
16	ร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะผอม (ไม่เกินร้อยละ 5)	ไม่เกินร้อยละ ≤5
17	ร้อยละเด็กอายุ 0 – 5 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน (ไม่เกินร้อยละ 9)	ไม่เกินร้อยละ ≤9
18	ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยทันตบุคลากร	ร้อยละ 50
19	ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ 75
20	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต (80)	ร้อยละ 80
21	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี (80)	ร้อยละ 80
22	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (70)	ร้อยละ 70
23	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (93)	ร้อยละ 93
24	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (≥ ร้อยละ 40)	ร้อยละ 40
25	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (≥ ร้อยละ 60)	ร้อยละ 60
26	ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (60)	ร้อยละ 60
27	ร้อยละของประชาชนอายุ 40 ปีขึ้นไปที่มารับบริการ ได้รับการตรวจช่องปากและคัดกรองรอยโรคในช่องปาก	ร้อยละ 40
28	ร้อยละการฉีดวัคซีนโควิด-19 ในกลุ่ม 607 (90)	ร้อยละ 90
29	ร้อยละการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ≥ ร้อยละ 90 (90)	ร้อยละ 90
30	ร้อยละกลุ่มผิดปกติโรคเบาหวาน (Diabetes : DM) ได้รับการตรวจยืนยัน และผลตรวจยืนยันเป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (DM) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลับเป็นกลุ่มปกติ (20)	ร้อยละ 20
31	ร้อยละกลุ่มผิดปกติโรคความดันโลหิตสูง (Hypertension : HT) ได้รับการตรวจยืนยัน และ ผลตรวจยืนยัน เป็นกลุ่มเสี่ยงและสงสัยป่วยความดัน โลหิตสูง (HT) ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลับเป็นกลุ่มปกติ (20)	ร้อยละ 20

<u>ส่วนที่ 2</u> คะแนนจาก **การประเมินประเด็นเน้นหนัก/ปัญหาของพื้นที่ ร้อยละ 35** ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนน 7 ประเด็น รายละเอียด ดังนี้

ประเด็นเน้นหนัก/ปัญหาของพื้นที่	หัวข้อที่	ตัวชี้วัด
1.DM&HT	1	**ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ และลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง**
2.เด็ก/จิตเวชเด็ก	1	**ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย**
	2	**เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓**
	3	**ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย** TEDA4I **หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย**
	4	**ร้อยละของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1 ปี พ.ศ.2569 (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม**
	5	**มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์** 1,000 **วัน** Plus **สู่** 2,500 **วัน อย่างน้อยอำเภอละ** 3 **ตำบล**
	6	**ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ ๔** D
3.Happinometer	1	**ระดับความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ**
4.PMQA	1	**ระดับความสำเร็จการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (**PMQA)
5.HA	1	**ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ** HA **ขั้นมาตรฐาน**
6.ITA	1	**ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน** ITA **ร้อยละ 92**
7.การถ่ายโอนภารกิจฯ สอน./รพสต.	1	**ระดับความสำเร็จการถ่ายโอนภารกิจฯ สอน./รพสต.**

1.รายละเอียดการประเมิน Ranking DM&HT ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ และลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ และลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	**ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้** หมายถึง - ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7 และมีโรคร่วม น้อยกว่าร้อยละ 8 **ระดับค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง** -ค่าระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท **ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานในปีงบประมาณปัจจุบัน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน **ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา **ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นความดันโลหิตสูง และมีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมาก่อน **ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๖๐ , ๘๐ และ ≥ ร้อยละ 5 ,2.5
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3) : ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD 10 = E10-E14 : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD 10 = I10-I15 **หมายเหตุ**: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area ๓) และPERSON.DISCHARGE=“๙”(ไม่จำหน่าย)PERSON.NATION=“๐๙๙” (สัญชาติไทย)
วิธีการจัดเก็บ	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม ระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้

เกณฑ์การให้คะแนน

-ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ และลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

ระดับความสำเร็จ	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
คะแนน	< 50	50 - 69	70 - 79	80 - 89	≥90

หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน

หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
ชื่อ-สกุล : นางส่งศรี มูลสาร	**ตำแหน่ง :** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	**มือถือ :** 088 – 5845828
โทร : 045 – 712233 ต่อ 134	**โทรสาร :** 045 - 711324 **e-mail :** songsri.m@gmail.com

เกณฑ์การให้คะแนนประเมินระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ และลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

การดำเนินการ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
1. พัฒนาโครงสร้างกลไกทำงาน (๓๐ คะแนน)	**1.1** มีคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีภาคีที่เกี่ยวข้อง (นอกหน่วยงานสาธารณสุข)			- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน NCD Board ระดับอำเภอ - วาระการประชุม/รายงานการประชุม/มติที่ประชุม - แผนงาน/โครงการ การบูรณาการในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล ระดับความดันโลหิตและลดผู้ป่วยใหม่ - แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ -เอกสารประกอบการพัฒนาศักยภาพบุคลการ -ภาพถ่ายกิจกรรม - บันทึกการนิเทศ ติดตามและประเมินผล
	- ไม่มี	0		
	- มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน **NCD Board** เฉพาะสาธารณสุข	1		
	- มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน **NCD Board** และมีภาคีที่เกี่ยวข้อง	3		
	- มีคณะกรรมการและมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย **3** ครั้ง/ปี และนำมติที่ประชุมนำเสนอเชิงนโยบาย	5		
	1.2 มีการกำหนดเป็นนโยบายและวางแผนการแก้ไขปัญหาผู้ป่วย**DM&HT** ที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ และลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง			
	- ไม่มี	0		
	- มีการกำหนดเป็นนโยบายที่สำคัญ	1		
	- มีการกำหนดเป็นนโยบายพร้อมขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติและมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง	5		
	1.3 มีการประชุมคณะทำงานและรายงานการประชุมสอดคล้องกับนโยบายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และระดับความดันโลหิต และลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อย่างต่อเนื่อง			
	- ไม่มี	0		

	- มีการประชุม มีรายงานและมติที่ประชุม อย่างน้อย **1-2** ครั้ง - มีการประชุม มีรายงาน มติที่ประชุมและนำเสนอต่อผู้บริหารอย่างน้อย **3-4** ครั้ง **1.4** บุคลากรผู้รับผิดชอบงาน**NCDs** เช่น **SM CM Mimi-CM** ทุกระดับ ผ่านการพัฒนาศักยภาพเพื่อการจัดการโรคเบาหวาน**&**ความดันโลหิตสูง ทั้งระบบOnline หรือ onsite - ผ่านการพัฒนาศักยภาพ **NDCs < 30%** - ผ่านการพัฒนาศักยภาพ **NDCs > 30-50 %** - ผ่านการพัฒนาศักยภาพ **NDCs > 50 %** **1.5** มีแผนงาน/โครงการและจัดสรรทรัพยากร (คน เงิน ของ) ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตไม่ได้ตามเกณฑ์ และลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง - ไม่มี - มีแผนงาน/โครงการ แต่ยังไม่ได้ดำเนินการ - มีแผนงาน/โครงการ และจัดสรรงบประมาณ พร้อมมีการดำเนินการ - มีแผนงาน/โครงการ และจัดสรรงบประมาณ พร้อมมีบูรณาการดำเนินงานและทบทวนการจัดสรรงบประมาณต่อเนื่อง	2 5 1 2 5 0 1 5 10		
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)				
2. กระบวนการดำเนินการ	**2.1** ระบบทะเบียนข้อมูลกลุ่มเสี่ยง/สงสัยป่วย/ป่วยโรค **DM/HT** ที่บริการครบถ้วนเป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์ หรือมีเอกสาร สามารถตรวจสอบได้ **-** ไม่มี - มีทะเบียน ข้อมูลให้บริการรายบุคคล และแยกรายกลุ่ม ครบถ้วน	 0 1		-ทะเบียนผู้ป่วย -วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้ม มุ่งเป้าในการแก้ปัญหา -เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG -ทะเบียนการประเมินกลุ่มป่วย/ผลการประเมิน

	- มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน	5		- แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ
	2.2 กลุ่มป่วย**DM &HT** มีการประเมินความรุนแรงตามแนวทางการดำเนินงาน กลุ่มป่วยมีภาวะแทรกซ้อน วิเคราะห์สถานการณ์ แก้ปัญหาอย่างมีส่วนร่วม			- แบบฟอร์มการประเมินความรุนแรง -กิจกรรมที่ดำเนินงาน
	- ไม่มี	0		-บันทึกการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน
	- มีการประเมินความรุนแรง และมีแนวทางการดำเนินงาน	1		-ตารางการให้บริการ/จัดบริการ เชื่อมโยงเครือข่าย
	- มีการประเมินความรุนแรง และมีการจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา และวางแผนกับผู้ป่วยเพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน	3		-แบบรายงานผลการดำเนินงาน -ภาพกิจกรรม
	- มีการประเมินความรุนแรง จัดความสำคัญเร่งด่วน วางแผนร่วมกับผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหา และสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ในการจัดการตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อน	5		
	2.3 มีกิจกรรมดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต ไม่ได้ตามเกณฑ์ และลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง เช่น**MI SMBP SMBG** โภชนาการ และการจัดการเชื่อมชุมชน และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง			
	- ไม่มี	0		
	- มีการจัดกิจกรรม อย่างน้อย **1-2** กิจกรรม (บางเครือข่าย)	1		
	- มีการจัดกิจกรรม อย่างน้อย **1-2** กิจกรรม และติดตามผล (ทุกเครือข่าย)	5		
	2.4 มีการจัดบริการ และสร้างความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต ในกลุ่มป่วย**DM &HT** ตามแนวทางเวชปฏิบัติ (**CPG**)			
	- ไม่มี	0		
	- มีการจัดบริการ และคืนข้อมูลให้ผู้ป่วยรับรู้	1		
	- มีการจัดบริการ ให้ผู้ป่วยรับรู้ และได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ ประเมินผล พร้อมวางแผนและติดตามเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ	2		

	- มีการสร้างการมีส่วนร่วมในระดับเครือข่าย/ชุมชุม เพื่อแก้ไขปัญหาร่วมกัน	5		
	2.5 มีการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวาน**&**ความดันโลหิตสูง			
	- ไม่มีการตรวจ	0		
	- มีการตรวจตา ไต เท้า และฟัน < 60%	1		
	- มีการตรวจตา ไต เท้า และฟัน > 61-79%	5		
	- มีการตรวจตา ไต เท้า และฟัน > 80%	10		
	2.6 ผู้ป่วยเบาหวาน**&**ความดันโลหิตสูง ได้รับการตรวจติดตามและรักษาต่อเนื่อง			
	- มีการตรวจติดตามและรักษาต่อเนื่อง < 70%	1		
	- มีการตรวจตรวจติดตามและรักษาต่อเนื่อง > 71-89%	5		
	- มีการตรวจตรวจติดตามและรักษาต่อเนื่อง > 90%	10		
	รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม 40 คะแนน)			
3. ผลลัพธ์การดำเนินการ	**3.1 การควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์**			-แบบรายงานผลการดำเนินงาน
	DM			-สรุปผลการดำเนินงาน
	1. ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี < 20%	1		
	2. ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี **>** 21 – 39 %	5		
	3. ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี **>** 40 %	10		
	HT			
	-ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี < 40%	1		
	-ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี **>** 41-59 %	2		
	-ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี **>** 60%	5		

	3.2 ลดผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง DM - ผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ลดลง < 3 % - ผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ลดลง > 3.1-4.9 % - ผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน ลดลง > 5 % HT - ผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลง < 2% - ผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลง > 2.1-2.4% - ผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง ลดลง > 2.5%	 1 5 10 1 3 5		
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)				
รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด (คะแนนเต็ม 100 คะแนน)				

2. KPI Ranking พัฒนาการเด็กปฐมวัยและส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็ก (IQ)

ตัวชี้วัด	๑.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ๒.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓ ๓.ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย ๔.ร้อยละของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปี พ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม ๕.มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน อย่างน้อย อำเภอละ ๓ ตำบล ๖.ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ ๔ D
คำนิยาม	**เด็กปฐมวัย** หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน **พัฒนาการสมวัย** หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐) ● **การคัดกรองพัฒนาการ** หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ● **พัฒนาการสงสัยล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) ● **พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ **เด็กพัฒนาการล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒) **เด็กไทย หมายถึง** เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สาธิตและราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักการศึกษากรุงเทพมหานคร ทั้ง ๗๗ จังหวัดทั่วประเทศ **ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง** ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ

	การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (๑๙๙๘; update ๒๐๑๓) **เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า** *ในเขตสุขภาพที่ ๑-๑๒* หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป ทั้งนี้ไม่นับรวมเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางพัฒนาการ ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ICD-๑๐ (หมวด F๘๔.x, G๘๐.x, Q๙๐.x) *ในเขตสุขภาพที่ ๑๓* หมายถึง เด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กปฐมวัยทุกช่วงอายุที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป **ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย** หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔I) หรือใช้เครื่องมือมาตรฐานอื่นๆ เช่น คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-๕ ปี (Developmental Skill Inventory: DSI), คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-๕ ปี, โปรแกรมการฝึก/กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย) เป็นต้น ภายในระยะเวลา ๓ เดือน (๙๐ วัน) แล้วกลับมามีพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุปัจจุบันทั้ง ๕ ด้าน จากการประเมินพัฒนาการซ้ำอีกครั้งด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) **เด็กที่เตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี พ.ศ.๒๕๖๙ (**กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) หมายถึง เด็กที่เกิดระหว่าง วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๒ - ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๓ ในพื้นที่จังหวัดยโสธร **กิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการ โปรแกรม Triple – P Plus หมายถึง** กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM – BASED PRESCHOOL PARENTING PROGRAM) จำนวน ๔ ครั้ง Triple – P #๑ = สร้างสายใย Plus “อาหารสร้างเด็กฉลาด” Triple – P #๒ = สร้างวินัย Plus “ฟันสำคัญไฉน” Triple – P #๓ = สร้างเด็กเก่ง ๑ Plus “เล่นเปลี่ยนโลก” Triple – P #๔ = สร้างเด็กเก่ง ๒ Plus “เล่นสร้างปัญญา มุ่งสู่ EF” **จัดทำ Care Plan หมายถึง** การประเมินสุขภาวะและการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลแก่เด็กกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุม ๓ มิติ

	๑.ด้านร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด และการตรวจร่างกายทั่วไป ๒.ด้านจิตใจ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM ตามเกณฑ์อายุ ๖๐ เดือน ๓.สังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ การประเมินการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐานะ การได้รับการช่วยเหลือ ๔. การส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญด้านกระตุ้นพัฒนาการหรือพบแพทย์ **สูงดีสมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) **ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี** หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน **ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือน หมายถึง** ทารกแรกเกิดจนถึง ๕ เดือน ๒๙ วันในเขตรับผิดชอบทั้งหมดกินนมแม่อย่างเดียว ๖ เดือน หมายถึง เด็กแรกเกิดต่ำกว่า ๖ เดือน (แรกเกิดจนถึง ๕ เดือน ๒๙ วัน) ที่มีประวัติกินนมแม่อย่างเดียวทุกครั้งที่มารับบริการ (ในแต่ละครั้งที่มารับบริการถูกสัมภาษณ์ด้วยคำถามว่า “ใน ๒๔ ชั่วโมงที่ผ่านมาให้ลูกกินอะไรบ้าง”) **ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus** สู่ ๒๕๐๐ วัน หมายถึง ตำบลที่มีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพทารก ในครรภ์มารดาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ จนถึงอายุ ๒ ปี โดยการร่วมลงทุนและเป็นเจ้าของของชุมชนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ผ่านกลไกที่มีอยู่ในพื้นที่และทุกกิจกรรมสำคัญ (กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน **สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย** หมายถึง สถานที่รับดูแลพัฒนา จัดประสบการณ์เรียนรู้และการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง ๖ ปีหรือก่อนเข้าเรียนประถมศึกษาปีที่ ๑ ที่ใช้ชื่อ หลากหลายรวมทุกสังกัดในประเทศไทย ได้แก่ ๑. กระทรวงมหาดไทย : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนอนุบาล ๒. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์:สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน ๓. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน (สำนักพัฒนาสังคม) สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน (สำนักอนามัย) และโรงเรียนอนุบาล (สำนักการศึกษา) ๔. กระทรวงสาธารณสุข : ศูนย์เด็กเล็กในโรงพยาบาล ๕. กระทรวงศึกษาธิการ : โรงเรียนอนุบาล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน) และโรงเรียนอนุบาลเอกชน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน) ๖. หน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงเรียนอนุบาลสาธิตในมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มูลนิธิ และองค์กรเอกชน **สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ๔D หมายถึง** สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพ ๑D = Development & Play ๒D = Diet ๓D = Dental ๔D = Diseases
วัตถุประสงค์	๑.เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย ๒.เพื่อพัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการ ๓. เพื่อขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ๔. เพื่อส่งเสริมให้เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓

	๕. เพื่อขยายความครอบคลุมให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ทำให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า/กลับมาสมวัย ส่งผลต่อระดับสติปัญญา ๖. เพื่อเตรียม**ความพร้อมเด็กที่จะได้รับการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ (**กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ)
เกณฑ์เป้าหมาย	๑.ร้อยละ ๘๖ ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ๒.ร้อยละ ๓๕ ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย ๓.ร้อยละ ๘๐ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม ๔.มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน อย่างน้อย อำเภอละ ๓ ตำบล และผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบระดับดีเยี่ยม อย่างน้อย ๑ ตำบล ๕.ร้อยละ ๕๐ ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการขับเคลื่อนด้านสุขภาพ ๔ D
ประชากร **กลุ่มเป้าหมาย**	๑. งานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ ระดับตำบล ๒. เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) ๓. สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. เอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล ๒. ประมวลผลการดำเนินงานจาก HDC ๓. นิเทศ ติดตามเยี่ยม ประเมินผล
เกณฑ์การให้คะแนน	**การประเมินกระบวนงานระดับอำเภอ ๕๐ คะแนน** ๑.มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ผ่านกลไก พชอ. และ MCH board ระดับอำเภอ ๒.มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ อย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี ๓.มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและกลุ่มที่เตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ ๔.มีแผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ๕.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน อย่างน้อย อำเภอละ ๓ ตำบล ๖.มีกลไกลความร่วมมือและกระบวนการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ ๗.มีมาตรการการขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑

	ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ๘. มีการขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ๔ D **ประเมินกระบวนงานระดับตำบล ๔๐ คะแนน** ๑.มีการวิเคราะห์ข้อมูลมีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและกลุ่มที่เตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ ๒.มีแผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ๓.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบ ๔.มีระบบส่งต่อและติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้ากระตุ้น TEDA๔Tหรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ๕.มีมาตรการการขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ๖.มีการขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ๔ D **การประเมินผลลัพธ์ระดับอำเภอ ๑๐ คะแนน** ประเมินตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด จำนวน ๕ ข้อ
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	๑. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานจากระบบฐานข้อมูล HDC ๒. จากเอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล ๓. ผลการประเมินตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน ๔. ผลการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ๔ D
เอกสารสนับสนุน	๑. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก, Platform Pinkbook https://healthplatform.anamai.moph.go.th/ ๒. คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/๒๗๘๙#wow-book/ ๓. ชุดสาธิตการตรวจและกระตุ้นพัฒนาการ(ชุดกระเป๋าDSPM)
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ๔ D อำเภอละ ๑ แห่ง ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒๕๐๐ วัน อำเภอละ ๑ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจินตนา พลมีศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒ นางสาวราตรี ชายทอง โทรศัพท์ ๐๘๐ ๑๖๒๙๙๔๕

แบบประเมิน พัฒนาการเด็กปฐมวัยและส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็ก (IQ)

หน่วยงาน.....**อำเภอ**.....**จังหวัดยโสธร** วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน.....

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
การประเมินกระบวนงาน ระดับอำเภอ ๕๐ คะแนน			
๑	มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ผ่านกลไก พชอ. และ MCH board ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีเฉพาะ พชอ หรือ MCH board ระดับอำเภอ ( ) มีทั้ง พชอ. และ MCH board ระดับอำเภอ	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๒	มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ อย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี (รวม พชอ.และ MCH board ระดับอำเภอ) ( ) ไม่มี ( ) มีประชุม ๒ ครั้ง /ปี ( ) มีประชุมอย่างน้อย ๔ ครั้ง/ปี	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๓	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและกลุ่มที่เตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๔	มีแผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยและส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีและดำเนินการแล้ว	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๕	มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วันอำเภอละ ๓ ตำบล ( ) ไม่มี ( ) ๑ ตำบล ( ) ๒ ตำบล ( ) ≥๓ ตำบล	 ๐ คะแนน ๑ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๖	มีกลไกความร่วมมือ และกระบวนการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ( ) ไม่มี ( ) มี	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน	

การประเมินกระบวนงาน(ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๗	มีมาตรการการขับเลื่อนกลไกความร่วมมือการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ๗.๑ จัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ๗.๒ ประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ให้ประเมานเชาว์เล็ก เจาะ Hct ตรวจการได้ยินและวัดสายตา ๗.๓ ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ (Care Plan) รายบุคคล ๗.๔ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กด้วย Triple – P Plus , Executive Function และกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน รู้ทัน IT ช่วยเหลือตัวเองช่วยงานบ้าน ๗.๕ การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านกลไกในพื้นที่ เช่น พชอ. พชต. MCH Bord ธรรมนูญตำบลเด็กปฐมวัย ๗.๖ สุ่มประเมินเชาว์เล็ก ๗.๗ ส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาเด็ก ๗.๘ จัดทำแผนการ กำกับ ติดตาม กลุ่มเป้าหมายเฉพาะอย่างต่อเนื่อง	≤๓ ข้อ = ๐ คะแนน ๔ ข้อ = ๒ คะแนน ๕ ข้อ = ๔ คะแนน ๖ ข้อ = ๖ คะแนน ๗ ข้อ = ๘ คะแนน ๘ ข้อ = ๑๐ คะแนน	
๘	มีการขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ๔ D ( ) ไม่มี ( ) มี	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน	
การประเมินกระบวนงานระดับตำบล ๔๐ คะแนน			
๑	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยและกลุ่มที่เตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๒	มีแผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีและดำเนินการแล้ว	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	

๓	มีการดำเนินงานขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านตามเกณฑ์ทุกองค์ประกอบ ( ) ไม่ผ่าน ( ) ผ่าน ๑ องค์ประกอบ ( ) ผ่าน ๒ องค์ประกอบ ( ) ผ่าน ๓ องค์ประกอบ ( ) ผ่าน ๔ องค์ประกอบ	 ๐ คะแนน ๒ คะแนน ๓ คะแนน ๔ คะแนน ๕ คะแนน	
๔	มีระบบส่งต่อและติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้ากระตุ้น TEDA๔Tหรือเครื่องมือมาตรฐานอื่นจนมีพัฒนาการสมวัย ๔.๑ มีระบบส่งต่อเพื่อกระตุ้นพัฒนาการ ๔.๒ มีระบบการคืนข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเชื่อมโยง รพ.สต และ CFT ในการดูแลต่อเนื่อง ๔.๓ ติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเพื่อกระตุ้นจนมีพัฒนาการสมวัย	 ๑ ข้อ=๒ คะแนน ๒ ข้อ=๓ คะแนน ๓ ข้อ=๕ คะแนน	
๕	มีมาตรการการขับเลื่อนกลไกความร่วมมือการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ๕.๑ จัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ๕.๒ ประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ให้ประเมานเชาว์เล็ก เจาะ Hct ตรวจการได้ยิน และวัดสายตา ๕.๓ ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ (Care Plan) รายบุคคล ๕.๔ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กด้วย Triple – P Plus , Executive Function และกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน รู้ทัน IT ช่วยเหลือตัวเองช่วยงานบ้าน ๕.๕ การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านกลไกในพื้นที่ เช่น พชอ. พชต. MCH Bord ธรรมนูญตำบลเด็กปฐมวัย ๕.๖ สุ่มประเมินเชาว์เล็ก ๕.๗ ส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาเด็ก ๕.๘ จัดทำแผนการ กำกับ ติดตาม กลุ่มเป้าหมายเฉพาะอย่างต่อเนื่อง	≤๓ ข้อ = ๐ คะแนน ๔ ข้อ = ๒ คะแนน ๕ ข้อ = ๔ คะแนน ๖ ข้อ = ๖ คะแนน ๗ ข้อ = ๘ คะแนน ๘ ข้อ = ๑๐ คะแนน	
๕	สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยขับเคลื่อนสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ ๔D ( ) ไม่มี ( ) มี	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน	

การประเมินผลลัพท์ ระดับอำเภอ ๑๐ คะแนน			
๑	ร้อยละ ๘๖ ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ( ) ≤ร้อยละ ๕๕ ( ) ร้อยละ ๕๖ – ๖๕ ( ) ร้อยละ ๖๖ – ๗๕ ( ) ร้อยละ ๗๖ – ๘๕ ( ) ≥ร้อยละ ๘๖	 ๒ คะแนน ๔ คะแนน ๖ คะแนน ๘ คะแนน ๑๐ คะแนน	
๒	ร้อยละ ๓๕ ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้ว พบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น จนมีพัฒนาการสมวัย ( ) ≤ร้อยละ ๖ ( ) ร้อยละ ๗ – ๑๓ ( ) ร้อยละ ๑๔ – ๒๐ ( ) ร้อยละ ๒๑ – ๒๗ ( ) ร้อยละ ๒๘ – ๓๔ ( ) ≥ร้อยละ ๓๕	 ๐ คะแนน ๒ คะแนน ๔ คะแนน ๖ คะแนน ๘ คะแนน ๑๐ คะแนน	
๓	ร้อยละ ๘๐ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม ( ) ≤ร้อยละ ๑๙ ( ) ร้อยละ ๒๐ – ๓๙ ( ) ร้อยละ ๔๐ –๕๙ ( ) ร้อยละ ๖๐ – ๗๙ ( ) ≥ร้อยละ ๘๐	 ๒ คะแนน ๔ คะแนน ๖ คะแนน ๘ คะแนน ๑๐ คะแนน	
๔	มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบระดับดีเยี่ยม อย่าน้อย ๑ ตำบล ( ) ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม ๑ ตำบล ( ) ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม ๒ ตำบล ( ) ผ่านเกณฑ์ระดับดีเยี่ยม ≥๓ ตำบล	 ๖ คะแนน ๘ คะแนน ๑๐ คะแนน	
๕	ร้อยละ ๕๐ ของสถานพัฒนาเด็กปฐฒวัยได้รับการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ ๔D ผ่านเกณฑ์ขั้นต้น ( ) ≤ร้อยละ ๙ ( ) ร้อยละ ๑๐ – ๑๙ ( ) ร้อยละ ๒๐ – ๒๙ ( ) ร้อยละ ๓๐ – ๓๙ ( ) ร้อยละ ๔๐ – ๔๙ ( ) ≥ร้อยละ ๕๐	 ๕ คะแนน ๖ คะแนน ๗ คะแนน ๘ คะแนน ๙ คะแนน ๑๐ คะแนน	

3.Happinometer

ตัวชี้วัด กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ปี 2566

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

ค่าเป้าหมาย : ระดับ 5

คำอธิบาย

องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมาย มียุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์

องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ เป็นแนวทางในการดำเนินงานสู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน

ความสำเร็จของการพัฒนาไปสู่การเป็นองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ คือ หน่วยงานมีการประมวลผลความสุขของคนทำงานเพื่อนำไปส่งเสริมสร้างความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น การขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” ซึ่งการดำเนินงานแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่

ระดับที่ 1 วิเคราะห์ความสุขของบุคลากรและนำผลจากการวิเคราะห์มาเป็นข้อมูลในการกำหนดแผนงาน/โครงการ

ระดับที่ 2 การกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความสุขของบุคลากรในหน่วยงาน

ระดับที่ 3 ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อเสริมสร้างความสุขของบุคลากรในหน่วยงานและรายงานผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน

ระดับที่ 4 ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อเสริมสร้างความสุขของบุคลากรในหน่วยงานและรายงานผลการดำเนินงานรอบ 8 เดือน

ระดับที่ 5 หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 9 ด้าน) เพื่อจัดทำเป็นหน่วยองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ

เกณฑ์การให้คะแนน

แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายในแต่ละขั้นตอน ดังนี้

ระดับขั้นความสำเร็จ	รอบการประเมิน/คะแนนการประเมิน			
	รอบครึ่งปีงบประมาณ (5 เดือน : ต.ค.-ก.พ.)	คะแนน	รอบปีงบประมาณ (11 เดือน : ต.ค.-ส.ค.)	คะแนน
ขั้นตอนที่ 1	√	1		
ขั้นตอนที่ 2	√	2		
ขั้นตอนที่ 3	√	2		
ขั้นตอนที่ 4			√	2
ขั้นตอนที่ 5			√	3
คะแนนรวม		5 คะแนน		5 คะแนน

แนวทางการประเมินผล

รอบการรายงาน/ประเมิน	เกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน	ประเมินจากผลงาน/ข้อมูล/เอกสาร/หลักฐานต่างๆดังนี้	คะแนน	หมายเหตุ
รอบครึ่งปีงบประมาณ (5เดือน ต.ค. 65-ก.พ.66)	**ขั้นตอนที่ 1** วิเคราะห์ความสุขของบุคลากรและนำผลจากการวิเคราะห์มาเป็นข้อมูลในการกำหนดแผนงาน/โครงการ	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.รายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลความสุขของบุคลากรในหน่วยงาน ประกอบด้วย 1) ดัชนีความสุข (Happinometer) ปี 2565 2) สุขภาวะองค์กร (Happy Public Organization Index : HPI) ปี 2565	1 (1)	โดยส่งผ่านทาง E-mail mathouy@hotmail.com หรือนำส่งที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.ยโสธร
	ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดแผนการดำเนินงานเพื่อเสริมสร้างความสุขของบุคลากรในหน่วยงาน	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานเสริมสร้างความสุขหรือทีมสร้างสุขขององค์กร ประจำปี 2566 2.แผนปฏิบัติการเสริมสร้างความสุขของบุคลากรในหน่วยงาน ประจำปี 2566	2 (1) (1)	โดยส่งผ่านทาง E-mail mathouy@hotmail.com หรือนำส่งที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.ยโสธร

	<u>ขั้นตอนที่ 3</u> ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อเสริมสร้างความสุขของบุคลากรในหน่วยงานและรายงานผลการดำเนินงานรอบ 5เดือน	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 5 เดือน ตามแผนงานโครงการปี 2566	2 (2)	โดยส่งผ่านทาง E-mail mathouy@hotmail.com หรือนำส่งที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.ยโสธร
รอบปีงบประมาณ (8 เดือน : ต.ค.-พ.ค.)	**<u>ขั้นตอนที่ 4</u>** ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อเสริมสร้างความสุขของบุคลากรในหน่วยงานและรายงานผลการดำเนินงานรอบ 8เดือน	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 8 เดือน ตามแผนงานโครงการปี 2566	2 (2)	โดยส่งผ่านทาง E-mail mathouy@hotmail.com หรือนำส่งที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.ยโสธร
	<u>ขั้นตอนที่ 5</u> หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง (เลือกจาก 9 ด้าน)เพื่อจัดทำเป็นหน่วยองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่น 1 เรื่อง จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข 2.แบบรายงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ กระทรวงสาธารณสุข	3 (3)	โดยส่งผ่านทาง E-mail mathouy@hotmail.com หรือนำส่งที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.ยโสธร

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : 1. นางรักชนก น้อยอาษา ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โทร 08 9945 9898
2. นางสาวทิพวรรณ ผางนุย ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โทร 08 7959 4106

คำอธิบายตัวชี้วัด

4.PMQA

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)

1.คำอธิบายตัวชี้วัด

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2562 (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด 1 การนำองค์การ หมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 4 การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด 5 บุคลากร หมวด 6 การปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ โดย**สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรดำเนินการตามกิจกรรมสำคัญ ดังนี้**

กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการ	หลักฐานอ้างอิง	หมายเหตุ
1.ผู้รับผิดชอบงานของ สสอ.(หรือผู้แทน) เข้าร่วมประชุมคณะทำงาน เมื่อ สสจ.เชิญประชุมทุกครั้ง	- เอกสารลงทะเบียน - รูปถ่าย	หัก 0.25 คะแนนต่อการขาดประชุม 1 ครั้ง
2.จัดทำรายงานได้ ถูกต้อง ครบถ้วน ตามเงื่อนไขของกระทรวงฯ	ตรวจสอบในระบบออนไลน์	
3.ส่งรายงานได้ทันเวลาตามเงื่อนไขที่กำหนด	ตรวจสอบในระบบออนไลน์	
4.มีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร	- แผนพัฒนาองค์กร - โครงการพัฒนาคุณภาพฯ (PMQA) - รูปถ่ายการดำเนินงานฯ	อย่างน้อย 1 กิจกรรม
5.มี Best Practice อย่างน้อย 1 เรื่อง	- เอกสารสรุป Best Practice - รูปถ่าย - แผนพัฒนา Best Practice	

2.เกณฑ์การให้คะแนน (น้ำหนักคะแนน ร้อยละ 4)

ชื่อตัวชี้วัด	การให้คะแนน (คะแนน)				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	ดำเนินการ 1 กิจกรรม	ดำเนินการ 2 กิจกรรม	ดำเนินการ 3 กิจกรรม	ดำเนินการ 4 กิจกรรม	ดำเนินการ 5 กิจกรรม

๗.Template ตัวชี้วัด HA ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

KPI Ranking HA

ตัวชี้วัดที่ ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ HA ขั้นมาตรฐาน

ตัวชี้วัด	โรงพยาบาลทุกระดับได้รับการรับรองคุณภาพ HA
คำนิยาม	โรงพยาบาลทุกระดับ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ รพศ.(A) รพท.(S M๑) รพช.(M๒ ,F๑) **ได้รับการรับรองคุณภาพ** HA หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA และผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ หรือได้รับการรับรองคุณภาพจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) HA: Hospital Accreditation หมายถึง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กรให้องค์กรเกิดการเรียนรู้ มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการจากสถานบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน
เกณฑ์เป้าหมาย	โรงพยาบาลในจังหวัดยโสธรมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA อย่างต่อเนื่อง - ปี ๒๕๖๕ รพ.ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ ๙๐ - ปี ๒๕๖๖ รพ.ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA ร้อยละ ๙๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพท/รพช. ในจังหวัดยโสธร ๙ แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินตามมาตรฐาน HA
เกณฑ์การให้คะแนน	๑. PLAN & PURPOSE **ค่าน้ำหนัก ๒๐** ๒. PROCESS IMPROVEMENT **ค่าน้ำหนัก ๖๐** ๓. PROGRESS &PERFORMANCE **ค่าน้ำหนัก ๒๐**
ระยะเวลาประเมินผล	๖ เดือน, ๑๒ เดือน
วิธีการประเมินผล	ลงพื้นที่ประเมินตามเกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐาน HA และสรุปรายงานตามองค์ประกอบของการคิดน้ำหนักคะแนน

เอกสารสนับสนุน	แบบประเมินตามเกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐาน HA
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.ยโสธร ๑. นายรัฐพล อินทรวิชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ ๐๘๑-๕๔๗๙๗๑๒ E-mail: ethayaso@hotmail.com ๒. นางสิริกัลยา อุปนิสากร จพ.เภสัชกรรมชำนาญงาน โทรศัพท์ ๐๘๑-๐๖๕๒๑๙๔ E-mail: sirikal_path73@yahoo.co.th

แบบประเมิน ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ HA ขั้นมาตรฐาน
หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
	PLAN & PURPOSE			
๑	รพ.มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล - สำเนาคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๒	มีการประชุมทีมนำ - เอกสารรายงานผลการประชุม	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๓	รพ.มีแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และแผนพัฒนาตามข้อเสนอแนะในการเยี่ยมรับรองรอบที่ผ่านมา (แผนและข้อเสนอแนะ) - แฟ้มเอกสารแผนพัฒนาคุณภาพขององค์กรตาม Recommendation ในรอบที่ผ่านมา	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๔	รพ.มีการจัดทำแบบประเมินตนเองเพื่อยื่นขอการรับรองในรอบปีปัจจุบัน SAR ตามระยะเวลาที่กำหนด (ไฟล์เอกสารส่ง สรพ.) - แฟ้มเอกสารแผนควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลให้เป็นไปตามกำหนดเวลา	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
	PROCESS IMPROVEMENT			
๕	รพ. มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพ - เอกสารประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพ ๓P-Safety	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๖	ประกาศให้บุคลากรทุกคนทราบและถือปฏิบัติ (การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ) - ติดประกาศนโยบายในโรงพยาบาล - สอบถามเจ้าหน้าที่	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๗	รพ. จัดทำ HOSPITAL Profile - แฟ้มการจัดทำ Self Assessment และปรับปรุง Hospital Profile ให้เป็นปัจจุบัน	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๘	เป้าประสงค์ขององค์กร การนำองค์กร I-๑ - เอกสารบันทึกการประชุมทีมนำ	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๙	รพ.มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในระบบงานสำคัญ **(PCT RM IC ENV)** - เอกสารการประชุมทบทวน ๑๒ กิจกรรมในประเด็นที่เกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๑๐	การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา ทบทวนประเด็นสำคัญ RCA - มีแนวทางการกำกับติดตามเฝ้าระวังผลการดำเนินงานและกระบวนการปรับปรุงผลการดำเนินงานให้ดีขึ้น CQI หลังทบทวนอุบัติการณ์ - เอกสารแนวทางปฏิบัติ - เอกสารการประชุมทีม	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
	PROCESS IMPROVEMENT			
๑๑	ผลลัพธ์ในระบบงานสำคัญ - เอกสาร/หลักฐานที่แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๑๒	มีการส่งตรวจน้ำเสียและติดตามตัวชี้วัดทุก ๔ เดือน - แฟ้มเอกสารที่เกี่ยวข้อง	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๑๓	มีการติดตามตัวชี้วัดอุบัติการณ์การวินิจฉัยคลาดเคลื่อน (diagnosis error) ที่มีความรุนแรงระดับ E ขึ้นไป - เอกสารการประชุมทบทวน ๑๒ กิจกรรมในประเด็นที่เกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๑๔	มีการติดตามตัวชี้วัดร้อยละ Medication error with harms (level E up) และร้อยละ Medication error with harms (level E up) ที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA) - เอกสารที่เกี่ยวข้อง	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๑๕	การติดตามตัวชี้วัดร้อยละอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงาน และร้อยละอุบัติการณ์ของบุคลากรที่ติดเชื้อจากการทำงานที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA) - เอกสารที่เกี่ยวข้อง	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
PROCESS IMPROVEMENT				
๑๖	มีการติดตามตัวชี้วัดร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไป/ทั้งหมด และร้อยละอุบัติการณ์การคัดแยก Under triage ที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อนระดับ E ขึ้นไปที่ได้รับการทบทวนแก้ไข (ทำ RCA) - เอกสารการประชุมทบทวน ๑๒ กิจกรรมในประเด็นที่เกิดอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
PROGRESS & PERFORMANCE				
๑๗	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ (สุ่มสำรวจแผนกละ ๑๕ ตัวอย่าง) (OPD IPD ชุมชน) - แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ร้อยละของความพึงพอใจ ระดับ ต่ำกว่า ๘๕ ได้ ระดับ ๘๕ – ๙๐ ได้ ระดับ มากกว่า ๙๐ ได้	 ๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๑๘	ข้อร้องเรียน ม.๔๑ - เอกสารที่เกี่ยวข้อง	( ) มี ( ) ไม่มี	๐ คะแนน ๒ คะแนน	

๖. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒
หน่วยวัด คะแนนผลการประเมินจากระบบ MITAS

ตัวชี้วัด	**๔๙. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒**
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือที่ของหน่วยงานภาครัฐได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนักและปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กรตนเองมากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ภายใต้แนวคิด จุดพลังแห่งความร่วมมือ (The Power of Collaboration) มุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมายให้ความสำคัญและรวมพลังในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก โดยได้กำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินฯ จำนวน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบไปด้วย ๑) การเปิดเผยข้อมูล ๒) การจัดซื้อจัดจ้างหรือการจัดหาพัสดุ ๓) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ๔) การส่งเสริมความโปร่งใส ๕) การป้องกันการรับสินบน ๖) การป้องกันการใช้ทรัพย์สินของราชการ ๗) การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต ๘) การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ ๙) การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร โดยใช้เครื่องมือในการประเมินฯ ๒ เครื่องมือ ประกอบไปด้วย ๑) แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and TransparencyAssessment System) ๒) ระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม ๒. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล ๓. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรเห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้ผู้รับบริการ ประชาชน และสังคมมีส่วนร่วมในการประเมินมากขึ้น

เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ **ร้อยละ ๙๒**
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	๑. โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง ๒. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๘ แห่ง ๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๙ แห่ง **รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๘ แห่ง**
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการประเมินการตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ในระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน จำนวน ๒ ครั้ง **ครั้งที่ ๑ ไตรมาสที่ ๑** ระดับขั้นของความสำเร็จ ระดับ ๕ (MOIT ๕ ข้อ) **ครั้งที่ ๒ ไตรมาสที่ ๓** ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๕ (MOIT ๑๗ ข้อ)
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี **ครั้งที่ ๑** ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคม ๒๕๖๕) **ครั้งที่ ๒** ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือนมิถุนายน ๒๕๖๖)
วิธีการประเมินผล	หน่วยงานจำนวน ๑๘ แห่ง ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ในระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุน	๑. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ๒. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ๓. คู่มือการประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๘ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางวราภรณ์ นนท์สามารถ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘ ๙๑๙๐ ๔๘๕๙ นางสุกัญญา คำพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ ๐๘ ๔๔๒๙ ๙๖๙๖

คำอธิบายตัวชี้วัด

ชื่อตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จการถ่ายโอนภารกิจฯ สอน./รพสต.

1.คำอธิบายตัวชี้วัด

คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบ ตามที่คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เสนอขออนุมัติถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยจังหวัดยโสธร ได้รับอนุมัติให้ถ่ายโอนภารกิจ จำนวน ๔๘ แห่ง

เพื่อให้การดำเนินการถ่ายโอนภารกิจสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพของประชาชนในท้องถิ่นได้อย่างแท้จริง ตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ **สำนักงานสาธารณสุขอำเภอควรดำเนินการกิจกรรมสำคัญดังนี้**

กิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการ	หลักฐานอ้างอิง	หมายเหตุ
1.สสอ.มีผู้รับผิดชอบงานถ่ายโอนฯ	คำสั่ง /มติที่ประชุม /อื่นๆ	อย่างน้อย 1 อย่าง
2.มีการจัดส่งรายงานข้อมูลทรัพย์สิน รพ.สต.ที่ถ่ายโอนฯ (ตามหนังสือ สสจ.ที่ ยส0032.002/ว5004 ลงวันที่ 19 ตุลาคม 2565)	สำเนาหนังสือนำส่ง	
3.มีการจัดตั้งกลไกความร่วมมือ/ประสานการปฏิบัติงานร่วมกับ รพ.สต.ที่ถ่ายโอน ในระดับพื้นที่	คำสั่ง คปสอ./คำสั่ง พชอ. คำสั่ง กสพ.อำเภอ คำสั่งอื่นๆ (คณะทำงานด้านต่างๆ)	อย่างน้อย 1 กลไก
4.มีการประชุมกลไกร่วม (ตามข้อ 3)	รายงานการประชุม	
5.มีแผนการดำเนินงานร่วมกันระหว่าง สธ.กับ อปท.	แผนการดำเนินงานร่วมกัน	อย่างน้อย 1 รายการ

2.เกณฑ์การให้คะแนน

ชื่อตัวชี้วัด	การให้คะแนน (คะแนน)				
	1	2	3	4	5
ระดับความสำเร็จการถ่ายโอนภารกิจฯ สอน./รพ.สต.	ดำเนินการ 1 กิจกรรม	ดำเนินการ 2 กิจกรรม	ดำเนินการ 3 กิจกรรม	ดำเนินการ 4 กิจกรรม	ดำเนินการ 5 กิจกรรม

<u>ส่วนที่ 3</u> คะแนนจาก การประเมินจากนโยบายสำคัญ ร้อยละ 50 ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนน 4 ประเด็น รายละเอียด ดังนี้

นโยบายสำคัญ	หัวข้อที่	ตัวชี้วัด
1. วัคซีนโควิด 19	1	ร้อยละของประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้ตามเป้าหมาย 1) อำเภอมีผลการฉีดวัคซีนโควิด 19 กระตุ้นเข็ม 3 ในประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมาย ได้ร้อยละ 70 ขึ้นไป 2) อำเภอมีอัตราเร่ง (speed up) การฉีดวัคซีนโควิด 19 ในประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายในช่วงรณรงค์ ได้ร้อยละ 1 ขึ้นไป
2.เด็ก/จิตเวชเด็ก	1	1. ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ด้วย Blue Book Application 2. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 3. ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ 4. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ 5. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 5.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 5.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 6. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
3.ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง/พชอ./3 หมอ	1	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
	2	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยกลไก 3 หมอ) ระบบการสำรวจข้อมูล 1. หมอคนที่ 1 มีการใช้งาน Application Smart อสม. ในการสำรวจคัดกรองสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน (เกณฑ์คัดกรองมากกว่า ร้อยละ 60)

นโยบายสำคัญ	หัวข้อที่	ตัวชี้วัด
3.ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง/พชอ./3 หมอ	2	ระบบการเฝ้าระวัง การจัดการข้อมูล 2. หมอคนที่ 2 และหมอคนที่ 3 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลที่รับผิดชอบ ระบบการสื่อสารสะท้อนกลับข้อมูล 3. ทีม 3 หมอ มีกระบวนการสื่อสารเพื่อคืนข้อมูลเบาหวานให้ชุมชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ระบบการสร้างความร่วมมือ 4. การสร้างมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ระบบการจัดบริการสุขภาพ 5. บทบาททีม 3 หมอ ในการจัดกระบวนการเรื่องเบาหวาน ทั้ง 3 กลุ่ม (ปกติ เสี่ยง และป่วย) 6. ระดับความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวานของประชาชนในตำบลทั้ง 3 กลุ่ม (ปกติ เสี่ยง และป่วย) 7. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงหรือเท่ากับ ร้อยละ 5 8. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ 40 ขึ้นไป
4.การเงินการคลัง	1	ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับ ดี และ ระดับดีมาก ร้อยละ 90
	2	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จำทำ 1.แผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 1 ปี (2566) 2.แผนลงทุน 1 ปี (2566) 3.แผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 3 ปี (2566-2568) 4.แผนลงทุน 3 ปี (2566-2568) เสนอให้ นายแพทย์สาธารณสุข ลงนาม 5.รายงานการรับ-จ่ายเงินบำรุง ส่งให้กรมบัญชีกลางภายใน 60 วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ 6.ข้อมูลการเปรียบเทียบระหว่างแผนและผลการดำเนินงานรายไตรมาส เพื่อปรับแผนครึ่งปี ให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน

1. วัคซีนโควิด 19

หมวด	**1. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP & P Excellence)**
แผนที่	**3. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ**
โครงการที่	**2. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ**
ระดับการแสดงผล	**อำเภอ**
ชื่อตัวชี้วัด	**ร้อยละของประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้ตามเป้าหมาย** 1) อำเภอมีผลการฉีดวัคซีนโควิด 19 กระตุ้นเข็ม 3 ในประชาชนกลุ่ม 607 ได้ร้อยละ 90 ขึ้นไป 2) อำเภอมีอัตราเร่ง (speed up) การฉีดวัคซีนโควิด 19 กระตุ้นเข็ม 3 ในประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายในช่วงรณรงค์ ได้ร้อยละ 1 ขึ้นไป
คำนิยาม	**1. วัคซีนโควิด 19** หมายถึง วัคซีนที่ให้บริการตามแผนการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 กระทรวงสาธารณสุข **2. อำเภอที่สามารถฉีดวัคซีนโควิด 19 ได้ตามเป้าหมาย** หมายถึง อำเภอมีผลการฉีดวัคซีน โควิด 19 กระตุ้นเข็ม 3 กลุ่ม 607 ได้ร้อยละ 90 ขึ้นไป **3. อัตราเร่ง (speed up)** หมายถึง ผลการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 ทุกกลุ่มเป้าหมาย เปรียบเทียบกับจำนวนกลุ่มเป้าหมาย **4. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย** ได้แก่ กลุ่ม 607 กลุ่ม 607 หมายถึง กลุ่มเป้าหมายหลักของการให้บริการวัคซีนโควิด 19 แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม 1 ประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป กลุ่ม 2 ประชาชนที่มีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ประกอบด้วย โรคทางเดินหายใจเรื้อรังรุนแรง (ปอดอุดกั้น ,หอบหืด), โรคหัวใจและหลอดเลือด, โรคไตเรื้อรังระยะ 5 (ไตวายเรื้อรัง), โรคหลอดเลือดสมอง, โรคมะเร็งทุกชนิดที่อยู่ระหว่างรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัดและภูมิคุ้มกันบำบัด, โรคเบาหวาน และโรคอ้วน (BMI ≥35,น้ำหนัก >100 kg) **หมายเหตุ :** โดยดำเนินการตามกิจกรรมหลักภายใต้แผนงานรองรับนโยบายมุ่งเน้นของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 (House Model) ประเด็น เพิ่มศักยภาพความมั่นคงทางสุขภาพในการจัดการกับโรคโควิด 19

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (Base line)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566
1)อำเภอที่ฉีดวัคซีนโควิด 19 กระตุ้น เข็ม 3 ในกลุ่มเป้าหมาย 607	-	-	70	ร้อยละ 90

2) อำเภอมีอัตราเร่ง (speed up) การฉีดวัคซีนโควิด 19 กระตุ้นเข็ม 3 ทุกกลุ่มเป้าหมาย	-	-	-	ร้อยละ 1

วัตถุประสงค์	เพื่อให้อำเภอมีความพร้อมรับมือการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย** ได้แก่ กลุ่ม 607 และประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ครบกำหนดฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็ม 3 ในพื้นที่ 9 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร** (ฐานข้อมูล MOPH-IC กระทรวงสาธารณสุข)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล MOPH-IC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชน กลุ่ม 607 ที่ได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนกลุ่ม 607 ที่ครบกำหนดฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการฉีดวัคซีนเข็มที่ 3
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนประชาชนทุกกลุ่มเป้าหมายที่ใช้อ้างอิง (รอการแจ้งยอดจาก สสจ.)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**ระดับอำเภอ :** อำเภอที่ฉีดวัคซีนโควิด 19 กระตุ้นเข็ม 3 กลุ่ม 607 **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** = (A/B) x 100 ฐานข้อมูลจาก MOPH-IC คำนวณเป้าหมาย ณ วันที่ 31 ต.ค. 2565 ตัดยอดผลงานวันที่ 31 มีนาคม 2566
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	**ระดับอำเภอ :** อำเภอมีอัตราเร่ง (speed up) การฉีดวัคซีนโควิด 19 กระตุ้นเข็ม 3 ทุกกลุ่มเป้าหมาย **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** = (C/D) x 100 ฐานข้อมูลจาก MOPH-IC คำนวณเป้าหมาย ณ วันที่ 31 ต.ค. 2565 ตัดยอดผลงานวันที่ 31 มีนาคม 2566
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 1 – 4
เกณฑ์การประเมิน :	

ที่	**เป้าหมาย/ตัวชี้วัด**	**รอบ 3 เดือน**	**รอบ 6 เดือน**	**รอบ 9 เดือน**	**รอบ 12 เดือน**
1	อำเภอที่ฉีดวัคซีนโควิด 19 กระตุ้นเข็ม 3 กลุ่มเป้าหมาย 607	≥ ร้อยละ80	≥ ร้อยละ85	≥ ร้อยละ90	≥ ร้อยละ90
2	อำเภอมีอัตราเร่ง (speed up) การฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็ม 3 ทุกกลุ่มเป้าหมาย	≥ ร้อยละ 1	≥ ร้อยละ 1	≥ ร้อยละ 1	≥ ร้อยละ 1

ประเทศ : รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
-	ความครอบคลุมการฉีดวัคซีน โควิด-19 ในกลุ่ม 607	- ความครอบคลุมร้อยละ 50 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC	- ความครอบคลุมร้อยละ 60 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC	- ความครอบคลุมร้อยละ 70 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC	- ความครอบคลุมร้อยละ 80 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC	- ความครอบคลุมร้อยละ 90 - ข้อมูลจากระบบ MOPH IC

วิธีการประเมินผล :

ประเทศ : รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน

ที่	ตัวชี้วัด	วิธีการประเมิน	หน่วยงานรับผิดชอบ
-	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโควิด 19 ในกลุ่ม 607 ≥ ร้อยละ 90	ข้อมูลจากระบบ MOPH-IC	คร. IT

เอกสารสนับสนุน :

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2564	2565	2566
		-	70	90
ร้อยละของประชาชนที่ได้รับการฉีดวัคซีนตามเป้าหมาย	อำเภอ	ตัวชี้วัดใหม่ 2566		

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

1. นางชลลดา สรณอนุศาสน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 45712 233-4 โทรศัพท์เคลื่อนที่ :
   E-mail :
3. นายอาคม มูลสาร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 45712 233-4 โทรศัพท์เคลื่อนที่ :
   E-mail :

2.ผู้สูงอายุ ตัวชี้วัด ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

หน่วยวัด คะแนน

น้ำหนักคะแนน **..... คะแนน**

ตัวชี้วัด	๑. ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน ด้วย Blue Book Application ๒. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ๓. ชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการด้านสุขภาพ ๔. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ๕. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๕.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๕.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๖. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	**๑) ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป **๒) ความถดถอย ๙ ด้าน** หมายถึง การคัดกรองและการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ด้วย Blue Book Application ๑. การเคลื่อนไหวร่างกาย : Time Up and Go Test, ข้อคาถามประวัติหกล้ม ๒. การขาดสารอาหาร : ข้อคำถามการขาดสารอาหาร ๓. การมองเห็น : ข้อคำถามการมองเห็น ๔. การได้ยิน : Finger rub test ๕. ภาวะซึมเศร้า : ๒Q plus ๖. การกลั้นปัสสาวะ : ข้อคำถามการกลั้นปัสสาวะ ๗. ความคิดความจำ : Mini Cog ๘. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน : ข้อคำถามกิจวัตรประจำวัน ๙. สุขภาพช่องปาก : ข้อคำถามสุขภาพช่องปาก รายละเอียดตามคู่มือการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข **๓) แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)** หมายถึง เครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ว่าหมายถึง “ทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจ และความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี” ซึ่งมีองค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง ๖ ประเด็น ได้แก่ โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ประเด็นสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุสมองดี ความสุขของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ โดยการประเมินผ่าน https://wellnessplan.anamai.moph.go.th/

	๔) ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง เป็นการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ ตั้งแต่ ๓๐ คนขึ้นไป ทั้งชายและหญิง โดยอาจมีสมาชิกเป็นผู้ที่อายุระหว่าง ๒๕ - ๕๙ปี ไม่เกิน ๑ ใน ๔ ของสมาชิกทั้งหมด โดยชมรมผู้สูงอายุมีการดำเนินกิจกรรม เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิก หรือเพื่อสังคมโดยรวม การประเมินพิจารณาจากจำนวนชมรมผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินตนเองตามเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตั้งแต่ ๕๑ คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง **๕) คลินิกผู้สูงอายุ** หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด ซึ่งจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ (F๓-A) กำหนดแนวทาง ดังนี้ ๑. มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ ๒. มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ ๓. มีการวินิจฉัย และ การวางแผนการดูแลผู้ป่วย ๔. มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับส่งต่อทั้งในและนอกโรงพยาบาล เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ๑) โรงพยาบาลระดับ F๑-F๓ ๒) โรงพยาบาลระดับ M๑-M๒ ๓) โรงพยาบาลระดับ S-A (เอกสารแนบท้าย มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ) **๕) การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ** หมายถึง คลินิกผู้สูงอายุมีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม **๖) ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)** หมายถึง ประชาชนที่มีค่าคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ คะแนน โดยแบ่งเป็นกลุ่มติดบ้าน มี ADL ๕ - ๑๑ คะแนน และกลุ่มติดเตียง มี ADL ๐ - ๔ คะแนน ได้รับการดูแลตามแบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ/ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อประเมินสุขภาพ ค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงนำเข้าสู่กระบวนการดูแล ๒. เพื่อส่งเสริมให้สังคม ชุมชน ครอบครัวและผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สามารถดูแลตนเองและจัดการสุขภาพตนเองตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและจัดการความเสี่ยงด้านสุขภาพ ๓. เพื่อส่งเสริมการรวมกลุ่มและดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพของชมรมผู้สูงอายุ ๔. เพื่อรองรับการรับ-ส่งต่อผู้สูงอายุ ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญ หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชน ๕. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มหรือกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ อย่างเหมาะสม ๖. เพื่อให้ Care Manager /Caregiver /อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น และสหวิชาชีพ สามารถวางแผนการดูแล ส่งเสริม ฟื้นฟู และพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงแบบรอบด้านเป็นรายบุคคล และเชื่อมโยงกับการดูแลในระดับครอบครัว และชุมชน

เกณฑ์เป้าหมาย	๑. ร้อยละ ๘๐ ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน ด้วย Blue Book Application ๒. ร้อยละ ๕๐ ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) ๓. ชมรมผู้สูงอายุเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตั้งแต่ ๕๑ คะแนนขึ้นไป อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง ๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ๕. ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๕.๑ ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๕.๒ ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๖. ร้อยละ ๘๕ ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	<u>คัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน / /ชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ / คลินิกผู้สูงอายุ</u> ๑. ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป <u>แผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)</u> ๒. ผู้สูงอายุที่มี ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป (กลุ่มติดสังคม) <u>การดูแลตาม Care Plan</u> ๓. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา ๔. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิ์การรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ข้อมูลการคัดกรอง: ประเมินผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย ๒. รายงานผ่านเว็บไซต์ https://wellnessplan.anamai.moph.go.th ๓. รายงานตามระบบรายงานแพลทฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน) ๔. คณะประเมินคลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ หรือรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กำหนด ๕. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan): ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) - พื้นที่จัดทำ Care Plan รายบุคคล ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) - เสนอ Care Plan ผ่านคณะอนุกรรมการกองทุน Long Term Care ระดับตำบล - Care Manager ระดับพื้นที่บันทึกข้อมูลระบบผลการอนุมัติรายงาน Care Plan ตามระบบโปรแกรม Long Term Care ทั้งในระบบของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ องค์กรปกครองท้องถิ่นและกรมอนามัย - การรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด โดยการรายงานผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ๖. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน ๗. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)

เกณฑ์การให้คะแนน	**การประเมินด้านกระบวนการระดับอำเภอ ๖๐ คะแนน** ๑. มีคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) ๒. มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) อย่างน้อย ๒ ครั้ง / ปี ๓. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับอำเภอ ๔. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ/กองทุน LTC ระดับอำเภอ ๕. มีผลการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ๖. มีการดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ ๗. มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ๘. มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม ๙. มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม **การประเมินด้านกระบวนการระดับตำบล ๒๐ คะแนน** ๑๐. มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ๑๑. สุ่มรายงาน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) อำเภอละจำนวน ๑๐๐ ฉบับ (ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๙๐) ๑๒. สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ๕ ราย ๑๓. มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง **การประเมินผลลัพธ์ระดับอำเภอ ๒๐ คะแนน** ประเมินตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด จำนวน ๖ ข้อ
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	- ผลการคัดกรอง ผ่าน Blue Book Application กรมอนามัย - ผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ - รายงานตามระบบรายงานแพลทฟอร์มออนไลน์ หรือโปรแกรมการรายงานที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น (ในภายหลัง) รายไตรมาส (๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน)- การประเมินตนเองของชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ - ทำการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ - ทะเบียนผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ - Care Manager จัดทำ Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) และผ่านการอนุมัติจากคณะอนุกรรมการกองทุน LTC ระดับตำบล - ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan มีผลการประเมิน ADL

	เปลี่ยนแปลงดีขึ้น - สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ดูแลตาม Care plan อำเภอละ ๕ ราย - สุ่มประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) อำเภอละ ๑๐๐ ฉบับ
เอกสารสนับสนุน	- Blue Book Application กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการใช้ Blue Book Application กรมอนามัย - คู่มือการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ.๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวายืนยาว (Health Promotion & Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ - คู่มือการขับเคลื่อนการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ - แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndromes) - คู่มือการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ - คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก - หนังสือ/คู่มือ/เอกสารบรรยายฯลฯ อื่น ๆ สามารถดาวน์โหลดจาก website : http://agingthai.dms.moph.go.th - คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย - โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (๓C) กรมอนามัย /สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager /Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community) - สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย - กลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว - คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือการใช้การโปรแกรม Long Term Care (๓C)
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจินตนา พลมีศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒ นางสาวนริศรา อารีรักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๙ ๖๘๖๖๑๖๓

แบบประเมิน ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง
หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน ....
การประเมินกระบวนงาน

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
ระดับอำเภอ ๖๐ คะแนน			
๑	มีคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่มีเอกสาร ( ) มีและเอกสารยืนยัน	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๒	มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) อย่างน้อย ๒ ครั้ง / ปี ( ) ไม่มี ( ) มีประชุม ๑ ครั้ง ( ) มีประชุม ๒ ครั้งขึ้นไป	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๓	มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๔	มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ/กองทุน LTC ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีและดำเนินการแล้ว	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน ๗ คะแนน	
๕	มีกิจกรรมและผลการประเมินคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ( ) ไม่มี ( ) มีกิจกรรม ( ) มีกิจกรรมและสรุปผลการประเมิน	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน ๗ คะแนน	
๖	มีการดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรมที่กรมอนามัยพัฒนาขึ้น หรือโปรแกรมรูปแบบอื่นๆ ( ) ไม่มี ( ) มีการคัดกรอง Wellness Plan ( ) มีการคัดกรอง และทำแผน Wellness Plan	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน ๗ คะแนน	
๗	มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ ( ) มีครอบคลุมตามเกณฑ์	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน ๗ คะแนน	

การประเมินกระบวนงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๘	มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครบถ้วน ( ) มีครบถ้วน	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน ๗ คะแนน	
๙	มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่มีการส่งต่อ ( ) มีและมีการส่งต่อ	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน ๑๐ คะแนน	
ระดับตำบล ๒๐ คะแนน			
๑๐	มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	 ๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๑๑	มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ( ) ไม่มีการบันทึก ( ) มีการบันทึกแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีการบันทึกครอบคลุม	 ๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๑๒	สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ๕ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Planและเป็นปัจจุบัน ๑ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Planและเป็นปัจจุบัน ๒ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Planและเป็นปัจจุบัน ๓ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลตรงตาม Care Planและเป็นปัจจุบัน ๔ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลตรงตาม Care Planและเป็นปัจจุบัน ๕ ราย	 ๑ คะแนน ๒ คะแนน ๓ คะแนน ๔ คะแนน ๕ คะแนน	
๑๓	มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( ) ไม่มี ( ) มี	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน	

การประเมินผลลัพธ์

ระดับอำเภอ ๒๐ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา		เกณฑ์คะแนน			
๑	ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน ด้วย Blue Book Application	≤ ๖๐%	๖๑ – ๗๐%	๗๑ – ๘๐%	๘๑ – ๙๐%	≥ ๙๐ %
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๒	ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan)	≤ ๓๐ %	๓๑ – ๔๐%	๔๑ - ๕๐%	๕๑ – ๖๐ %	> ๖๐ %
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๓	ชมรมผู้สูงอายุเกณฑ์การดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ตั้งแต่ ๕๑ คะแนนขึ้นไป อย่างน้อย ตำบลละ ๑ แห่ง	< ๒๐ %	๒๐ - ๒๙ %	๑๐๐%	๑๐๑-๑๒๐ %	> ๑๒๐%
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๔	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มีแต่ไม่ผ่าน	รพ.ต่ำกว่า M๒ มีคลินิกพื้นฐาน	รพ.ต่ำกว่าM๒ ผ่านเกณฑ์คลินิกคุณภาพ	รพ.ต่ำกว่า M๒ มีคลินิกคุณภาพระดับดี
				รพ.M๒ ขึ้นไป ผ่านเกณฑ์มีคลินิกคุณภาพ	รพ.M๒ ขึ้นไป มีคลินิกคุณภาพระดับดี	รพ.M๒ ขึ้นไป มีคลินิกคุณภาพระดับดีมาก
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๕	๕. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	≤๑๐ %	๑๑ - ๒๐ %	๒๑-๓๐ %	๓๑-๔๐%	> ๔๐%
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๖	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	≤๑๐ %	๑๑ - ๒๐ %	๒๑-๓๐ %	๓๑-๔๐%	> ๔๐%
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน

หมายเหตุ คะแนนที่ได้ = คะแนนรวมทั้ง ๖ ข้อ / ๒๐

๓.๑ประเด็น RANKING ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ชื่อตัวชี้วัด	การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
คำนิยาม	**การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อโดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด **อำเภอ** หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับหัวหน้าปกครอง ท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชน ในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมาย รวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน ๘๗๘ แห่ง **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป **องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต**องค์การอนามัยโลกแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย ๔ ด้าน เป็นเครื่องมือเพื่อใช้วัดคุณภาพชีวิต ได้แก่ ๑. มิติด้านสุขภาพกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ๒. มิติด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง ๓. มิติด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น ๔. มิติด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต
เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

เกณฑ์การประเมิน	ประเมินความสำเร็จของอำเภอในดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ที่มีคุณภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการประเมิน Ranking ประเมิน พชอ. คุณภาพ ตามเกณฑ์ ประเมินตามเกณฑ์การประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย ๘ องค์ประกอบ
แหล่งข้อมูล	๑. เอกสารตามเกณฑ์ พชอ.คุณภาพตามเกณฑ์ ๒. สัมภาษณ์คณะกรรมการ พชอ.
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ ไตรมาส ๒ รอบที่ ๒ ไตรมาส ๔
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานและประสานงานจังหวัด	**๑. นายรัฐพล อินทรวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ** **โทรศัพท์ ๐๘๑ ๕๔๗๙๗๑๒** **๒. นางณกมน มีธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ** **โทรศัพท์ ๐๘๑ ๗๙๐๒๓๗๗**

แบบประเมิน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๑. การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
๑	มีคำสั่งคณะกรรมการ พชอ. /คณะทำงานของอำเภอที่เป็นประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ -แฟ้มข้อมูลคำสั่ง	( ) มี เป็นปัจจุบัน ( ) มี ไม่เป็นปัจจุบัน ( ) ไม่มี	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๒	มีการประชุมคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ - หลักฐานการประชุม/รายงานการประชุม - รูปภาพ	( ) มีครบ และสมบูรณ์ ( ) มีแต่ไม่ครบ ( ) ไม่มี	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๓	มีแผนงาน/โครงการ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาตคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ - แฟ้มแผนงานโครงการ - รูปภาพการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ	( ) มีครบทุกประเด็น ( ) มีแต่ไม่ครบ ( ) ไม่มี	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๔	มีข้อมูลสถานการณ์อันเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุตามบริบทเป็นลายลักษณ์อักษร - แฟ้มข้อมูลผู้สูงอายุ - บอร์ด หรือ WAR ROOM	( ) มีครบ และสมบูรณ์ตามเป้าหมายการดูแล ( ) มีแต่ไม่ครบ ( ) ไม่มี	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๑. การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
๕	อำเภอมีการการบริหารจัดการบูรณาการ ทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในกลุ่มผู้สูงอายุ - แผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับการใช้งบประมาณในส่วนต่าง ๆ - บันทึกการประชุมกับหน่วยงาน/องค์กร - รูปภาพ	( ) มีการบริหารจัดการบูรณาการฯ มากกว่า ๓ หน่วยงาน/องค์กร ( ) มีการบริหารจัดการบูรณาการฯ น้อยกว่า ๓ หน่วยงาน/องค์กร ( ) ไม่มีการบริหารจัดการบูรณาการฯ	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๖	อำเภอมีสรุปผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เป็นลายลักษณ์อักษรตามองค์ประกอบ UCCARE	( ) มีการเยี่ยมเสริมพลังประเมินผลงานตามเกณฑ์ UCCARE และมีการสรุปผลการดำเนินงานคะแนนตาม UCCARE ( ) มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลงานตามเกณฑ์ UCCARE แต่ไม่มีเอกสารสรุป ( ) ไม่มีการประเมินตนเองตาม UCCARE	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๒. กระบวนการพัฒนาเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)และระดับตำบล (พชต,) ๘ องค์ประกอบ ใช้เกณฑ์การประเมินตามรายละเอียดแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย				
๑	องค์ประกอบด้านอาคารสถานที่และบริเวณภายนอก น้ำหนักคะแนน ๒๐ (จำนวน ๑๒ ข้อ)	( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินครบในข้อที่ต้องผ่าน คือ ๔, ๙, ๑๐, ๑๒ ( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินแต่ไม่ครบ ( ) ไม่มีข้อที่ผ่านการประเมิน	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๒. กระบวนการพัฒนาเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)และระดับตำบล (พชต,) ๘ องค์ประกอบ ใช้เกณฑ์การประเมินตามรายละเอียดแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย				
๒	องค์ประกอบด้านระบบขนส่งและยานพาหนะ น้ำหนักคะแนน ๒๐ (จำนวน ๑๑ ข้อ)	( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินครบในข้อที่ต้องผ่าน คือ ๑, ๒, ๓,๕,๘ ( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินแต่ไม่ครบในข้อที่ต้องผ่าน ( ) ไม่มีข้อที่ผ่านการประเมิน	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๓	องค์ประกอบด้านที่อยู่อาศัย น้ำหนักคะแนน ๑๐ (จำนวน ๙ ข้อ)	( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินครบในข้อที่ต้องผ่าน คือ ๑, ๔,๕ ( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินแต่ไม่ครบในข้อที่ต้องผ่าน ( ) ไม่มีข้อที่ผ่านการประเมิน	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๔	องค์ประกอบด้านการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม น้ำหนักคะแนน ๑๐ (จำนวน ๗ ข้อ)	( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินครบในข้อที่ต้องผ่าน คือ ๑, ๗ ( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินแต่ไม่ครบในข้อที่ต้องผ่าน ( ) ไม่มีข้อที่ผ่านการประเมิน	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๕	องค์ประกอบด้านการให้ความเคารพ และการยอมรับ น้ำหนักคะแนน ๑๐ (จำนวน ๘ ข้อ)	( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินครบในข้อที่ต้องผ่าน คือ ๒,๔ ( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินแต่ไม่ครบในข้อที่ต้องผ่าน ( ) ไม่มีข้อที่ผ่านการประเมิน	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๖	องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง และการจ้างงาน (จำนวน ๖ ข้อ) น้ำหนักคะแนน ๑๐	( ) ข้อที่ผ่านการประเมินครบในข้อที่ต้องผ่าน คือ ๒, ๕ ( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินแต่ไม่ครบในข้อที่ต้องผ่าน ( ) ไม่มีข้อที่ผ่านการประเมินมี	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๒. กระบวนการพัฒนาเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)และระดับตำบล (พชต,) ๘ องค์ประกอบ ใช้เกณฑ์การประเมินตามรายละเอียดแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย				
๗	องค์ประกอบด้านการสื่อสาร และข้อมูลสารสนเทศ น้ำหนักคะแนน ๑๐ (จำนวน ๘ ข้อ)	( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินครบในข้อที่ต้องผ่าน คือ ๑, ๒,๓,๖ ( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินแต่ไม่ครบในข้อที่ต้องผ่าน ( ) ไม่มีข้อที่ผ่านการประเมิน	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๘	องค์ประกอบด้านการบริการชุมชน และการบริการสุขภาพ (จำนวน ๖ ข้อ) น้ำหนักคะแนน ๑๐	( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินครบในข้อที่ต้องผ่าน คือ ๑, ๓ ( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินแต่ไม่ครบในข้อที่ต้องผ่าน ( ) ไม่มีข้อที่ผ่านการประเมิน	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

แบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ
(Age – Friendly Communities)

คำชี้แจง : ให้พิจารณาตามเกณฑ์การประเมินแล้วทำเครื่องหมาย "☑" ลงในช่องว่าง

มี = สภาพที่ได้ตามมาตรฐาน ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ไม่มี = สภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ควรปรับปรุง

องค์ประกอบที่ 1 อาคารสถานที่และบริเวณภายนอก (Outdoor spaces and building)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
1. บริเวณพื้นที่ภายนอกอาคารและตัวอาคารมีความสะอาด			
2. บริเวณภายในอาคารมีความเป็นระเบียบ แบ่งพื้นที่ใช้งานอย่างชัดเจน			
3. มีไฟส่องสว่างเวลากลางคืน			
*4. บริเวณพื้นที่ทำกิจกรรมไม่ขรุขระ ไม่ลื่น ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ			
5. มีสวนสาธารณะหรือสวนหย่อมให้บริการ			
6. มีเก้าอี้หรือที่นั่งรอสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ			
7. มีที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ			
8. อาคารและพื้นที่สาธารณะมีป้ายแสดงสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น บริเวณพื้นต่างระดับ ห้องน้ำ ป้ายบอกทางไปจุดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจน ฯลฯ			
*9. มีช่องทางพิเศษสำหรับให้บริการผู้สูงอายุและผู้พิการ			
*10. ตัวอาคาร บริเวณทางลาด ห้องน้ำและบันได มีราวจับ			
11. นอกอาคาร มีทางเดินรอบอาคารที่กว้างขวาง บันไดไม่สูงชันและมีราวจับ พื้นไม่ลื่น			
*12. ห้องน้ำสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการผ่านมาตรฐานส้วมสาธารณะ (HAS) อย่างน้อย 1 จุด **(เอกสารแนบหน้า 43)**			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ 1 จำนวน 12 ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ 4,9,10,12)
เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ 60 (ผ่าน 7 ข้อขึ้นไป)

สถานที่ที่ควรประเมิน คือ สถานที่สาธารณะที่ผู้สูงอายุใช้บริการหรือรวมกลุ่มเป็นส่วนใหญ่ เช่น วัด โรงเรียนผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุ ที่ทำการเทศบาล ที่ทำการ อบต. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย

องค์ประกอบที่ 2 ระบบขนส่งและยานพาหนะ (Transportation)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*1. มีบริการขนส่งสาธารณะ ให้บริการและอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุได้			
*2. มีป้ายจราจรและป้ายทางแยกที่มองเห็นง่ายและเหมาะสม			
*3. มีเส้นทางการจราจรที่ไม่มีสิ่งกีดขวางทัศนวิสัยการมองเห็นของผู้ขับขี่			
4. มีที่จอดรถพิเศษและจุดรับ-ส่ง สำหรับผู้สูงอายุ ผู้พิการ และบุคคลที่มีความต้องการเป็นพิเศษโดยเฉพาะ			
*5. ยานพาหนะสะอาด อยู่ในสภาพดี ขึ้น-ลงสะดวก และมีที่นั่งสำหรับบุคคลที่มีความต้องการพิเศษ			
*6. มีป้ายประกาศแสดงข้อมูลเกี่ยวกับ ราคา เส้นทาง ตารางเวลาเดินรถ และบริการพิเศษต่าง ๆ ที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเข้าถึงได้ง่าย			
7. พนักงานขับรถจอดรถที่ป้ายที่กำหนดไว้ ชิดขอบทางเดิน เพื่ออำนวยความสะดวกในการขึ้น-ลง และรอให้ผู้โดยสารเข้าที่นั่งก่อนจึงออกรถได้			
*8. มีการฝึกอบรมผู้ขับขี่ยานพาหนะที่ใช้และการบำรุงรักษาอย่างต่อเนื่องในสภาพพร้อมใช้งาน			
9. มีบริการขนส่งเสริม ในกรณีที่การขนส่งสาธารณะไม่เพียงพอ			
10. มีบริการรถรับจ้างที่คิดค่าโดยสารในราคาที่เหมาะสม			
11. มีการบำรุงรักษาถนนให้อยู่ในสภาพดีตลอดเวลา รวมทั้งมีฝาปิดท่อระบายน้ำและมีไฟส่องสว่างเวลากลางคืน			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ 2 จำนวน 11 ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ 1,2,3,5,8)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ 60 (ผ่าน 7 ข้อขึ้นไป)

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย

องค์ประกอบที่ 3 ที่อยู่อาศัย (Housing)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*1. บ้านที่อยู่อาศัยมีความมั่นคง ปลอดภัยเหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการ เช่น พื้นไม่ลื่น ไม่มีสิ่งของกีดขวางทางเดิน ห้องน้ำมีราวจับ			
2. มีบ้านเช่าของรัฐและเอกชนที่สะอาด มีการบำรุงรักษาที่ดีและปลอดภัย			
3. มีที่พักอาศัยเพียงพอในราคาที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ			
*4. สภาพแวดล้อมบริเวณบ้านสะอาด ไม่มีน้ำขัง หรือเป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงพาหะนำโรค			
*5. ส้วมในบ้านเป็นแบบนั่งราบหรือชักโครก และมีราวจับ			
6. มีพื้นที่ใช้สอยในบ้านและระดับพื้นทั้งภายในอาคารและทางเดินที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการเคลื่อนไหว			
7. มีการประเมินความเสี่ยงที่พักอาศัยเพื่อปรับปรุงให้เหมาะกับบริบทของผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง **(เอกสารแนบหน้า 44)**			
8. มีบริการปรับปรุงบ้านที่อยู่อาศัยเดิมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ			
9. กรณีที่พักอาศัย โรงแรม รีสอร์ท มีราคาถูก เหมาะสม และความปลอดภัย			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ 3 จำนวน 9 ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ 1,4,5)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ 60 (ผ่าน 5 ข้อขึ้นไป)

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย

องค์ประกอบที่ 4 การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (Social Participation)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*1. มีการจัดงานหรือกิจกรรมในเวลาที่ผู้สูงอายุสะดวก สามารถเข้าร่วมงานได้			
2. มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรม รายละเอียดของการเดินทางและการอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ			
3. สถานที่จัดงานหรือจัดกิจกรรมที่อยู่ในทำเลที่สะดวกในการเดินทางเข้าถึงได้สะดวก			
4. กิจกรรมหรืองานที่ต้องมีค่าเข้าร่วมงาน มีราคาที่เหมาะสม			
5. มีการจัดงานหรือกิจกรรมที่เอื้อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้ตามลำพัง			
6. มีการจัดกิจกรรมที่หลากหลายและจูงใจให้ผู้สูงอายุกลุ่มต่าง ๆ ได้มาร่วมงาน			
*7. มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่แยกตัว กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยวอยู่คนเดียวออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชน			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ 4 จำนวน 7 ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ 1,7)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ 60 (ผ่าน 4 ข้อขึ้นไป)

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย

องค์ประกอบที่ 5 การให้ความเคารพและการยอมรับ (Respect and social inclusion)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
1. มีบริการและผลิตภัณฑ์ที่ตอบสนองความต้องการและความชอบที่หลากหลายของผู้สูงอายุ			
*2. มีการส่งเสริมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของคนทุกกลุ่มวัย โดยเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกในครอบครัว			
3. ผู้สูงอายุได้รับการยอมรับการยกย่อง ในฐานะผู้ให้ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เช่น ประกาศเกียรติคุณ กิจกรรมน้อมรำลึกผู้สูงอายุ			
*4. มีการสนับสนุนผู้สูงอายุถ่ายทอดความรู้ ประสบการณ์ ประวัติศาสตร์และความชำนาญเฉพาะตัว (เช่น ปราชญ์ชาวบ้าน ฯลฯ) ให้แก่คนวัยต่าง ๆ ในชุมชน			
5. มีการเผยแพร่เรื่องราวของผู้สูงอายุในชุมชนที่เป็นต้นแบบในการดำเนินชีวิตด้านต่างๆ ในสื่อสาธารณะ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊ค อินโฟกราฟฟิก			
6. ผู้สูงอายุที่มีฐานะยากจน สามารถใช้บริการสาธารณะ บริการเสริมและบริการอื่นๆ			
7. มีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีบทบาทมากขึ้น เช่น มัคคุเทศก์ท้องถิ่นที่ปรึกษาหรือการนำทำกิจกรรมในชุมชน ฯลฯ			
8. มีโรงเรียนที่มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับผู้สูงอายุและมีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมได้			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ 5 จำนวน 8 ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ 2,4)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ 60 (ผ่าน 5 ข้อขึ้นไป)

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย

องค์ประกอบที่ 6 การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน (Civic participation and employment)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
1. มีงานอาสาสมัครสำหรับผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นเหมาะกับความสามารถของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการฝึกอบรมหลังเกษียณด้านต่าง ๆ ให้คำแนะนำและมีค่าตอบแทนที่เหมาะสม			
*2. ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการประชาคมในชุมชน			
3. มีการสื่อสารรณรงค์และการรับรู้ หรือโอกาสในการจ้างงาน งานอาสาสมัครและมีการส่งเสริมการจ้างงานในผู้สูงอายุตามความเหมาะสม			
4. มีสถานที่ทำงานเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ			
*5. มีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีงานทำด้วยตัวเอง			
6. ผู้สูงอายุที่มีความประสงค์อยากทำงานหรือหารายได้ มีงานทำร้อยละ 20			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ 6 จำนวน 6 ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ 2,5)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ 60 (ผ่าน 4 ข้อขึ้นไป)

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย

องค์ประกอบที่ 7 การสื่อสารและการให้ข้อมูล (Communication and information)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*1. มีระบบการสื่อสารและการให้ข้อมูลพื้นฐานที่ออกแบบมาเพื่อเข้าถึงผู้อาศัยทุกกลุ่มวัยในชุมชน			
*2. มีการเผยแพร่ข้อมูลอย่างสม่ำเสมอและเชื่อถือได้ มีเครือข่ายการประสานงาน และมีศูนย์กลางการเผยแพร่ที่เข้าถึงได้			
*3. มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในเรื่องที่น่าสนใจ และการแจ้งเตือนภัยสำหรับผู้สูงอายุ			
4. มีการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โดยมีเนื้อหาหลักที่ชัดเจน ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้			
5. มีบริการคอมพิวเตอร์หรืออินเตอร์เน็ตสาธารณะโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เช่น ที่ทำการผู้ใหญ่บ้าน ศาลาประชาคมหมู่บ้านหรือห้องสมุดชุมชน			
*6. มีการให้ข้อมูลข่าวสารโดยเจ้าหน้าที่ที่เชื่อถือได้แก่ผู้สูงอายุ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ของท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น			
7. อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้บริการ เช่น ตู้กดบัตรคิว วิทยุ โทรทัศน์ ตู้ ATM ตู้ขายตั๋วอัตโนมัติ โทรศัพท์มือถือ มีปุ่มกดและตัวอักษรขนาดใหญ่ มีคำแนะนำที่เข้าใจง่าย			
8. มีกิจกรรม/หลักสูตรสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการเรียนรู้การใช้อินเตอร์เน็ตและโซเชียลมีเดีย อย่างน้อย 1 ครั้ง			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ 7 จำนวน 8 ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ 1,2,3,6)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ 60 (ผ่าน 5 ข้อขึ้นไป)

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินตามแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย

องค์ประกอบที่ 8 การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ (Community support and health services)

รายการประเมิน	ผลการประเมิน		รายละเอียดที่ตรวจพบ
	มี	ไม่มี	
*1. ผู้สูงอายุในชุมชนได้รับการบริการ การดูแลรักษา ฟื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากสหสาขาวิชาชีพ			
2. สถานบริการมีช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบ One Stop Service หรือคลินิกสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน			
*3. ชุมชนมีการรณรงค์ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม			
4. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพ			
5. สนับสนุนให้มีการพัฒนานวัตกรรม วิจัย ด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน			
6. ส่งเสริมให้มีการเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน			
รวม			

หมายเหตุ : องค์ประกอบที่ 8 จำนวน 6 ข้อ (* ข้อที่ควรผ่านการประเมิน คือ 1,3)

เกณฑ์การผ่านองค์ประกอบนี้จะต้องผ่านการประเมิน ร้อยละ 60 (ผ่าน 4 ข้อขึ้นไป)

๓.๒ ประเด็น RANKING ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

ตัวชี้วัดที่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยกลไก ๓ หมอ)

ตัวชี้วัด	**ระบบการสำรวจข้อมูล** ๑. หมอคนที่ ๑ มีการใช้งาน Application Smart อสม. ในการสำรวจคัดกรองสุขภาพ และพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน (เกณฑ์คัดกรองมากกว่า ร้อยละ ๖๐) **ระบบการเฝ้าระวัง การจัดการข้อมูล** ๒. หมอคนที่ ๒ และหมอคนที่ ๓ มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลที่รับผิดชอบ **ระบบการสื่อสารสะท้อนกลับข้อมูล** ๓. ทีม ๓ หมอ มีกระบวนการสื่อสารเพื่อคืนข้อมูลเบาหวานให้ชุมชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน **ระบบการสร้างความร่วมมือ** ๔. การสร้างมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน **ระบบการจัดบริการสุขภาพ** ๕. บทบาททีม ๓ หมอ ในการจัดกระบวนการเรื่องเบาหวาน ทั้ง ๓ กลุ่ม (ปกติ เสี่ยง และป่วย) ๖. ระดับความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวานของประชาชนในตำบลทั้ง ๓ กลุ่ม (ปกติ เสี่ยง และป่วย) ๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕ ๘. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ ๔๐ ขึ้นไป
คำนิยาม	**ประชาชน หมายถึง** จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ 30 กันยายน 2565) **หมอประจำตัว 3 คน** หมายถึง ระบบบริการที่ให้คนไทยทุกคน ทุกครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน คือ การทำให้ประชากรแต่ละครอบครัวรู้จักและเข้าถึงหมอประจำตัวทั้ง 3 คน และเมื่อมีการเจ็บป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับบริการสุขภาพ จะได้รับคำปรึกษาจากหมอทั้ง 3 คน ตามลำดับความต้องการ โดยหมอทั้ง 3 คนจะมีการติดต่อประสานงานกัน ถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการรักษาและข้อมูลของผู้ป่วย เพื่อให้การรักษามี

	ความต่อเนื่องและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างเป็นระบบ โดยมุ่งเน้นดูแลประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ **หมอคนที่ 1 คือ อสม.** ทำหน้าที่เป็นหมอประจำบ้าน โดยวางแผนการทำงานของ อสม. แบ่งเขตการรับผิดชอบ อสม. 1 คน รับผิดชอบประชาชน 8 - 15 หลังคาเรือน ให้การดูแลเบื้องต้นทำหน้าที่หลักเชื่อมประสานกับหมอคน 2 และหมอคนที่ 3 **หมอคนที่ 2 คือ หมอสาธารณสุข** หมายถึงเจ้าหน้าที่ทุกคนที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยบริการ ทั้ง รพ.สต., PCU/NPCU, คลินิกชุมชนอบอุ่น ครอบคลุมบุคลากรทุกสาขาวิชาชีพทั้งพยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข และวิชาชีพอื่น ๆมอบหมายพื้นที่ที่รับผิดชอบ ประชากร 1,250 - 2,500 คน หรือ 1-3 หมู่บ้าน มีหน้าที่ให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข และเชื่อมต่อประสานงานกับ อสม. หมอคนที่ 1 และหมอคนที่ 3 **หมอคนที่ 3 คือ หมอครอบครัว** หมายถึงบุคลากรในวิชาชีพแพทย์ โดยกำหนดให้หมอ 1 คน รับผิดชอบประชากร 10,000 คน หรือ 1-3 รพ.สต. ต้องประสานเชื่อมต่อกับหมอคนที่ 1 และ 2 อย่างใกล้ชิด นอกจากดูแลผู้ป่วยแล้วต้องดูแลและทำให้หมอคนที่ 1 และ 2 มีความรู้และทักษะในการทำงานดีขึ้น (เอกสารแนบท้าย มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ) **ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวานในปีงบประมาณปัจจุบัน และไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน **ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบันลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ และมีหมอประจำตัว 3 คน ดูแล เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นหนักที่เรื่องเบาหวาน
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. หมอคนที่ ๑ มีการใช้งาน Application Smart อสม. ในการสำรวจคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน (เกณฑ์คัดกรองมากกว่า ร้อยละ ๖๐) ๒. มีรายงานสรุปการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลที่รับผิดชอบ ๓. มีกิจกรรมการสื่อสารเพื่อคืนข้อมูลเบาหวานให้ชุมชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ๔. มีการสร้างมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ๕. มีกิจกรรมของ ๓ หมอ ในการจัดกระบวนการเรื่องเบาหวาน ทั้ง ๓ กลุ่ม (ปกติ เสี่ยง และป่วย) ๖. ระดับความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวานของประชาชนในตำบลทั้ง ๓ กลุ่ม (ปกติ เสี่ยง และป่วย)

	๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕ ๘. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ ๔๐ ขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หนึ่งตำบลเป้าหมายของอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ประเมินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยกลไก ๓ หมอ) ๒. จาก Application Smart อสม. ๓. ประเมินความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวาน ๔. จากฐานข้อมูล HDC
เกณฑ์การให้คะแนน	**น้ำหนักคะแนนรวม ๑๐๐ แบ่งเป็น** **น้ำหนักคะแนน ๒๐** ๑. หมอคนที่ ๑ มีการใช้งาน Application Smart อสม. ในการสำรวจคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน (เกณฑ์คัดกรองมากกว่า ร้อยละ ๖๐) **น้ำหนักคะแนน ๒๐** ๒. มีรายงานสรุปการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลที่รับผิดชอบ **น้ำหนักคะแนน ๑๐** ๓. มีกิจกรรมการสื่อสารเพื่อคืนข้อมูลเบาหวานให้ชุมชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน **น้ำหนักคะแนน ๑๐** ๔. มีการสร้างมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน **น้ำหนักคะแนน ๑๐** ๕. มีกิจกรรมของ ๓ หมอ ในการจัดกระบวนการเรื่องเบาหวาน ทั้ง ๓ กลุ่ม (ปกติ เสี่ยง และป่วย) **น้ำหนักคะแนน ๑๐** ๖. ระดับความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวานของประชาชนในตำบลทั้ง ๓ กลุ่ม (ปกติ เสี่ยง และป่วย) **น้ำหนักคะแนน ๑๐** ๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕

	น้ำหนักคะแนน ๑๐ ๘. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ร้อยละ ๔๐ ขึ้นไป
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	- ลงพื้นที่ประเมินตามรายละเอียดตัวชี้วัดและสรุปรายงานตามองค์ประกอบของการคิดน้ำหนักคะแนน
เอกสารสนับสนุน	๑. แบบประเมินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยกลไก ๓ หมอ) ๒. แบบประเมินความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวาน ๓. คู่มือการใช้โปรแกรม SMART อสม. ๔. ฐานข้อมูล HDC
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นเป้าหมาย
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายรัฐพล อินทรวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๕๔๗๙๗๑๒ นางณกมน มีธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๗๙๐๒๓๗๗ นางสิริกัลยา อุปนิสากร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน โทรศัพท์ ๐๘๑ ๐๖๕๒๑๙๔ นางสาวสวิณีย์ ทองแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐๙๐ ๒๕๘๘๗๑๘

แบบประเมิน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (การดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยกลไก ๓ หมอ)
หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....
การประเมินกระบวนงาน

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๑	**ระบบการสำรวจข้อมูล** หมอคนที่ ๑ มีการใช้งาน Application Smart อสม. ในการสำรวจคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงโรคเบาหวาน (เกณฑ์คัดกรองมากกว่า ร้อยละ ๖๐) - รวบรวมข้อมูลจาก Application Smart อสม.	( ) ไม่มีการคัดกรอง ( ) มีการคัดกรองแต่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ ( ) มีการคัดกรองมากกว่า ร้อยละ ๖๐	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๒	**ระบบการเฝ้าระวัง การจัดการข้อมูลเบาหวาน** หมอคนที่ ๒ และหมอคนที่ ๓ มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานในเขตตำบลเป้าหมายที่รับผิดชอบ ตรวจประเมินในสถานบริการ - มีการวิเคราะห์สถานการณ์แสดงให้เห็น ณ สถานบริการ (บอร์ด หรือ WAR ROOM) - แฟ้มข้อมูล	( ) ไม่มีการวิเคราะห์สถานการณ์ ( ) มีการวิเคราะห์ แต่ไม่สมบูรณ์ ( ) มีการวิเคราะห์ อย่างสมบูรณ์ แยกวิเคราะห์กลุ่มปกติ เสี่ยง ป่วย	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๓	**ระบบการสื่อสารสะท้อนกลับข้อมูล (รู้ตนลดเสี่ยง)** ทีม ๓ หมอ มีกระบวนการสื่อสารเพื่อคืนข้อมูลเบาหวานให้ชุมชนทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ตรวจประเมินในสถานบริการโดยการสอบถาม - สอบถามกลุ่มเป้าหมาย คือ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน ผู้ป่วยและครอบครัว กลุ่มเสี่ยง กลุ่มปกติ ผู้นำชุมชน (นัดกลุ่มเป้าหมายมาที่สถานบริการเพื่อตอบคำถาม จำนวน ๑๒ คน)	( ) ไม่มีการคืนข้อมูล ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ครบถ้วน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ( ) มีการคืนข้อมูลครอบคลุมครบถ้วน ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

๔	**ระบบการสร้างความร่วมมือ** การสร้างมาตรการชุมชน/นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ตรวจประเมินโดยการลงชุมชน - สุ่มสอบถามประชาชน - ดูป้ายประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคเบาหวานในชุมชน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๕	**ระบบการจัดบริการสุขภาพ** ตรวจประเมินในสถานบริการ ทีม ๓ หมอมีการจัดกระบวนการเรื่องเบาหวาน ทั้ง ๓ กลุ่ม <u>กลุ่มปกติ</u> : เน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ - สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน และกลุ่มปกติ - หลักฐานการดำเนินงาน ๑. แผนงานโครงการ ๒. รูปภาพ ๓. บันทึกการประชุม ๔.ทะเบียนผู้รับบริการในการทำกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้	( ) ไม่มี ( ) มีกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้เรื่องเบาหวาน	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๖	ทีม ๓ หมอมีการจัดกระบวนการเรื่องเบาหวาน ทั้ง ๓ กลุ่ม <u>กลุ่มเสี่ยง</u> : เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓อ ๒ส - สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน และกลุ่มเสี่ยง - หลักฐานการดำเนินงาน ๑. แผนงานโครงการ ๒. รูปภาพ ๓. บันทึกการประชุม ๔. ทะเบียนผู้รับบริการในการทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	( ) ไม่มี ( ) มีกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๓อ ๒ส	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

๗	ทีม ๓ หมอมีการจัดกระบวนการเรื่องเบาหวาน ทั้ง ๓ กลุ่ม <u>ป่วย</u> : มีกิจกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามผลการรักษา การเยี่ยมบ้าน/ส่งต่อ - สอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเบาหวาน และกลุ่มป่วย - หลักฐานการดำเนินงาน ๑. แผนงานโครงการ ๒. รูปภาพ ๓. บันทึกการประชุม ๔. ทะเบียนผู้รับบริการในการทำกิจกรรมเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล	( ) ไม่มี ( ) มีกิจกรรมการควบคุมระดับน้ำตาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การติดตามผลการรักษา การเยี่ยมบ้าน/ส่งต่อ	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๘	ระดับความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวานของประชาชนในตำบลเป้าหมาย กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย - สุ่มสำรวจความรอบรู้ในชุมชน (กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย จำนวน ๓๐ คน)	( ) ระดับความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวานน้อย ( ) ระดับความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวานปานกลาง ( ) ระดับความรอบรู้เรื่องโรคเบาหวานสูง	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๙	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕ - รวบรวมข้อมูลจาก HDC	( ) เกิน ร้อยละ ๕ ( ) ไม่เกิน ร้อยละ ๕	๐ คะแนน ๒ คะแนน	
๑๐	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ค่า HbA๑C - ไม่มีโรคร่วม HbA๑C < ๗ - มีโรคร่วม HbA๑C < ๘	( ) ต่ำกว่า ร้อยละ ๓๐ ( ) ร้อยละ ๓๐ - ๔๐ ( ) มากกว่า ร้อยละ ๔๐	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

4.1 Ranking หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ (7.5 คะแนน)

ค่าเป้าหมาย ศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ระดับ ดี และ ระดับดีมาก ร้อยละ 90

มาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที เพิ่มประสิทธิภาพ ระบบเบิกจ่าย(Claim) ของหน่วยบริการ

แนวทางการตรวจ ติดตาม

ระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ การประเมินระบบจัดเก็บ รายได้คุณภาพ (4S4C)

- มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)
- ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)
- มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.
- มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)
- มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)
- ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน
- ระบบการควบคุมและรายงานลูกหนี้ Account & control

ผลลัพธ์ที่ต้องการ หน่วยบริการมีประสิทธิภาพในการจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้น

เกณฑ์คะแนน คะแนนเต็ม 75 คะแนน

ระดับ	คะแนน	คะแนนที่ได้
ดีมาก	**70-75**	**7-7.5**
ดี	**60-69**	**6-6.9**
ปานกลาง	**40-59**	**4-5.9**
พอใช้	**30-39**	**3-3.9**
ปรับปรุง	**10-29**	**1-2.9**

ตามรายละเอียดแนวทางการ Ranking ที่แนบมาพร้อมนี้

รายละเอียดแนวทางการ Ranking

หัวข้อ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ

ระดับความสำเร็จในการจัดเก็บรายได้คุณภาพ

โรงพยาบาล..... จังหวัดยโสธร

ระดับความสำเร็จในการจัดเก็บรายได้คุณภาพ เกณฑ์การประเมิน		คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure)			
	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล	2	
	1)ตรวจสอบเวชระเบียนทุกสิทธิการรักษา		
	2)เรียกเก็บค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิการรักษา		
	3)ติดตามลูกหนี้ทุกสิทธิการรักษา		
	1.2 มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้	1	
	1.3 คณะกรรมการ(CFO) จัดเก็บรายได้ทำการประชุมวิเคราะห์รายได้ค่ารักษาพยาบาลทุกสิทธิ เพื่อเสนอผลการดำเนินงานให้ผู้บริหารทราบอย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง	2	
รวม		**5**	
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System)			
	2.1 มีการบันทึกลูกหนี้ที่เป็นปัจจุบัน	2	
	2.2 มีการส่งข้อมูลที่ได้รับการบันทึกเพื่อเบิกจ่าย (Claim)	2	
	2.3 มีการใช้ Software ในการจัดเก็บรายได้ ประมวลผลและส่งออกได้อย่างถูกต้อง	2	
	2.4 มีประสิทธิภาพในการเรียกเก็บทุกกองทุน		
	1) UC $\leq$ 60 วัน	2	
	2) ขรก $\leq$ 60 วัน	2	
	3) ปกส. $\leq$ 120 วัน	2	
	**ผลงาน 7 plus efficiency ไตรมาสที่ผ่านมาก่อนการประเมิน*		
รวม		**12**	

3. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ.			
	3.1 มีบุคลากรผู้รับผิดชอบศูนย์จัดเก็บรายได้ ตาม Flowchart ไม่น้อยกว่า 5 คน ใน รพช. จำนวน 10 คน ใน รพท.	2	
	3.1 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ศูนย์จัดเก็บรายได้ได้รับการอบรมหรือพัฒนาศักยภาพหลักสูตรด้านการเงินการคลัง	2	
	3.2 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ด้านการจัดเก็รายได้เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (มากกว่า 5 วิชาชีพ) มีการบูรณางานร่วมกันกับทุกหน่วยบริการ	**2**	
รวม		**6**	
4. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care)			
	4.1 มีคำสั่งมอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบกองทุนย่อย ในการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาล	2	
	4.2 ผู้ป่วยนอก มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	
	4.3 ผู้ป่วยใน มีการบันทึกข้อมูลการรักษาในผู้รับบริการ เฉพาะกองทุนครบถ้วน	2	
	4.4 การส่งข้อมูลการรักษาเพื่อบันทึกบัญชีก่อนวันที่ 10 ของเดือนถัดไป	2	
รวม		**8**	
5. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code)			
	5.1 มีคำสั่ง/มอบหมายหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการให้รหัสการรักษาพยาบาล	2	
	5.2 มีการตรวจสอบ (Audit) การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน	2	
	5.3 มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาลผู้ป่วยใน ภายใน 30 วัน	2	
	5.4 มีการตรวจสอบผู้รับบริการให้ถูกต้องกับรหัสโรค	2	
	5.5 มีการตรวจสอบโรคให้ถูกต้องกับรหัสการตรวจชันสูตร	2	
	5.6 มีการตรวจสอบโรคให้ถูกต้องกับรหัสยา	2	
	5.7 มีการตรวจสอบโรคให้ถูกต้องกับรหัสหัตถการ	2	
รวม		**14**	
6.ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน			
	6.1 ไม่มี Claim Expiration มากกว่า 365 วัน	2	
	6.2 ข้อมูลติด C ของกองทุนสปสช. น้อยกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน	2	

	6.3 ข้อมูลติด Deny ของกองทุนสปสช. น้อยกว่าร้อยละ 5 ต่อเดือน	2	
	6.4 ไม่ได้รับการหัก 5 % เนื่องจากส่งเบิกจ่ายล่าช้า	2	
รวม		**8**	
7. ระบบการควบคุมและรายงานลูกหนี้ Account & control			
	7.1 มีการรายงานลูกหนี้ทุกสิทธิให้บัญชีทุกเดือน	**2**	
	7.2 มีการายงานลูกหนี้สิทธิ UC ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป	**2**	
	7.3 มีการายงานลูกหนี้สิทธิ CS ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป	**2**	
	7.4 มีการายงานลูกหนี้สิทธิ SSS ภายในวันที่ 5 ของเดือนถัดไป	**2**	
	7.5 มีการรายงานลูกหนี้ทุกสิทธิและการชดเชยในแต่ละเดือน แจ้งผู้บริหารรับทราบ	**2**	
	7.6 มีการขออนุมัติผู้บริหารในการปรับปรุงลูกหนี้ให้เป็นปัจจุบัน	**2**	
รวม		**12**	
8.	ประสิทธิภาพการ Claim สัดส่วนเงินชดเชยลูกหนี้ค่ารักษาพยาบาล ในห้วงเวลาที่กำหนด		
	8.1 สัดส่วนเงินชดเชยลูกหนี้สิทธิ UC ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	**2**	
	8.2 สัดส่วนเงินชดเชยลูกหนี้สิทธิ CS ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	**2**	
	8.3 สัดส่วนเงินชดเชยลูกหนี้สิทธิ SSS ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	**2**	
รวม		**6**	
9	การจัดสรรเงินให้หน่วยบริการมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย 9.1 เครือข่ายบริการได้รับการจัดสรรงบฯ ตามสัดส่วนที่ได้รับตามแผนการจัดสรรเงิน 9.2 ไม่มีเรื่องร้องเรียน	 **2** **2**	
รวม		**4**	
รวมคะแนนทั้งหมด		**75**	

กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ผู้รับผิดชอบงาน นางสาวกชพร จันทร์เสละ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.0815451597

ผู้ควบคุม นางสิริพร พงศ์พัฒนโชติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร.0868685875

4.2 Ranking หน่วยบริการจัดทำแผนเงินบำรุง (5 คะแนน)

ค่าเป้าหมาย หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จำทำ 1.แผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 1 ปี (2566) 2.แผนลงทุน 1 ปี (2566) 3.แผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 3 ปี (2566-2568) 4.แผนลงทุน 3 ปี (2566-2568) เสนอให้นายแพทย์สาธารณสุข ลงนาม 5.รายงานการรับ-จ่ายเงินบำรุง ส่งให้กรมบัญชีกลางภายใน 60 วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ 6.ข้อมูลการเปรียบเทียบระหว่างแผนและผลการดำเนินงานรายไตรมาส เพื่อปรับแผนครึ่งปีให้สอดคล้องกับการดำเนินงาน

แนวทางการตรวจ ติดตาม

- มีการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 1 ปี (2566) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามภายในวันที่ 20 มกราคม 2566 (รพท./รพช./รพ.สต.)
- มีการจัดทำแผนลงทุน 1 ปี (2566) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามภายในวันที่ 20 มกราคม 2566 (รพท./รพช./รพ.สต.)
- มีการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 3 ปี (2566 – 2568) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามภายในวันที่ 20 มกราคม 2566 (รพท./รพช.)
- มีการจัดทำแผนลงทุน 3 ปี (2566 - 2568) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามภายในวันที่ 20 มกราคม 2566 (รพท./รพช.)
- มีการจัดทำรายงานการรับ-จ่ายเงินบำรุง ว่าจัดส่งให้กรมบัญชีกลางภายใน 60 วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ
- มีการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างแผนและผลการดำเนินงานรายไตรมาส เพื่อนำมาประกอบการปรับแผนครึ่งปี

ผลลัพธ์ที่ต้องการ หน่วยบริการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง แผนลงทุน ครบถ้วน ทันเวลา และมีการเปรียบเทียบแผนและผลการดำเนินงานเพื่อปรับแผนครึ่งปี

เกณฑ์คะแนน คะแนนเต็ม 50 คะแนน

ระดับ	คะแนน	คะแนนที่ได้
ดีมาก	40-50	4 - 5
ดี	30-39	3 – 3.9
ปานกลาง	20-29	2 – 2.9
พอใช้	10-19	1.5 – 1.9
ปรับปรุง	1-9	1 – 1.4

ตามรายละเอียดแนวทางการ Ranking ที่แนบมาพร้อมนี้

รายละเอียดแนวทางการ Ranking

หัวข้อ หน่วยบริการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง แผนลงทุน ที่มีประสิทธิภาพ

โรงพยาบาล..... จังหวัดยโสธร

หน่วยบริการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง แผนลงทุน ครบถ้วน ทันเวลา **เกณฑ์การประเมิน**		**คะแนนเต็ม**	คะแนนที่ได้
1. มีการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 1 ปี (2566) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามภายในวันที่ 20 มกราคม 2566			
	1.1 มีการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 1 ปี (2566) แต่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ	4	
	1.2 มีการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 1 ปี (2566) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามอนุมัติภายในวันที่ 20 มกราคม 2566	6	
รวม		**10**	
2. มีการจัดทำแผนลงทุน 1 ปี (2566) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามภายในวันที่ 20 มกราคม 2566			
	1.1 มีการจัดทำแผนลงทุน 1 ปี (2566) แต่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ	4	
	1.2 มีการจัดทำแผนลงทุน 1 ปี (2566) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามอนุมัติภายในวันที่ 20 มกราคม 2566	6	
รวม		**10**	
3. มีการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 3 ปี (2566- 2568) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามภายในวันที่ 20 มกราคม 2566			
	1.1 มีการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 3 ปี (2566- 2568) แต่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ	4	
	1.2 มีการจัดทำแผนรับ-จ่ายเงินบำรุง 3 ปี (2566- 2568) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามอนุมัติภายในวันที่ 20 มกราคม 2566	6	
รวม		**10**	
4. มีการจัดทำแผนลงทุน 3 ปี (2566- 2568) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามภายในวันที่ 20 มกราคม 2566			
	1.1 มีการจัดทำแผนลงทุน 3 ปี (2566- 2568) แต่ยังไม่ได้รับการอนุมัติ	4	
	1.2 มีการจัดทำแผนลงทุน 3 ปี (2566- 2568) เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร ลงนามอนุมัติภายในวันที่ 20 มกราคม 2566	6	
รวม		**10**	

5. มีการจัดทำรายงานการรับ-จ่ายเงินบำรุง ว่าจัดส่งให้กรมบัญชีกลางภายใน 60 วัน นับแต่วันสิ้นปีงบประมาณ		
รวม	**5**	
6. มีการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างแผนและผลการดำเนินงานรายไตรมาส เพื่อนำมาประกอบการปรับแผนครึ่งปี		
รวม	**5**	
รวมคะแนนทั้งหมด	**50**	

กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ผู้รับผิดชอบงาน นางรุ่งรัตนา แสนวงษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทร.0831259566

ผู้ควบคุม นายทองคำ ศรีเนตร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร.0866501575