คู่มือ

การประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และการจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)

(ฉบับปรับปรุง 05/03/2567)

ปี 2567
จังหวัดยโสธร

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

คำนำ

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ฉบับปรับปรุง เล่มนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดยโสธร เนื้อหาประกอบด้วย ประเด็น/ตัวชี้วัด ที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ทั้งสิ้น ๒๙ ประเด็น ๕๐ ตัวชี้วัด แต่ละตัวชี้วัดจะแสดงให้เห็นถึงขอบเขต เนื้อหา รายละเอียด วิธีการในการจัดเก็บข้อมูล เพื่อวัดและประเมินการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อันเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด

คณะผู้จัดทำคาดหวังว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดยโสธร ซึ่งหากเอกสารฉบับนี้ มีข้อผิดพลาดและขาดความสมบูรณ์ของเนื้อหา คณะผู้จัดทำขอน้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
๕ มีนาคม ๒๕๖๗

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ประเด็นและตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จังหวัดยโสธร	๑
ประเด็น	
๑. โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)	๕
๒. การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA	๗
๓. การจัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติ	๙
๔. การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ – พัสดุ)	๑๑
๕. ITA	๑๓
๖. การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	๑๕
๗. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๑๙
๘. โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ (ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก)	๒๑
๙. โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์ (โครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ)	๒๓
๑๐. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก (เด็กอายุ ๖ – ๑๒ ปี)	๒๕
๑๑. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก (เด็กอายุ ๓ – ๕ ปี)	๒๖
๑๒. การพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ	๒๗
๑๓. EPI พื้นฐาน	๓๔
๑๔. การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๓๖
๑๕. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร	๔๒
๑๖. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ	๔๘
๑๗. PCU/NPCU (เบาหวาน)	๖๒
๑๘. โรงพยาบาลทุกระดับได้รับการรับรองคุณภาพ HA	๗๘
๑๙. อนามัยมารดาและทารก และคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	๘๕
๒๐. พัฒนาการเด็กปฐมวัยและส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็ก (IQ)	๙๒
๒๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง	๑๐๒
๒๒. พระสงฆ์สามเณร และผู้นำทางศาสนาที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง	๑๑๑
๒๓. การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)	๑๑๘
๒๔. การประเมินประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้มีคุณภาพ	๑๒๒
๒๕. งานเภสัชกรรมปฐมภูมิตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา	๑๒๔
๒๖. สถานบริการสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge และ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital	๑๒๗

ประเด็น

๒๗. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข ๑๓๓
๒๘. ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร ๑๓๗
๒๙. ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินคุณภาพ (Emergency Care System : ECS) ๑๓๙

ภาคผนวก

คะแนนและน้ำหนักรายตัวชี้วัด

สรุปประเด็นเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จังหวัดยโสธร

ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จังหวัดยโสธร

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อจัดลำดับ (Ranking) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จังหวัดยโสธร จำแนกตามประเด็นและตัวชี้วัด รายละเอียดดังนี้

ประเด็น	ตัวชี้วัด (KPI)	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
1	1.ระดับความสำเร็จการดำเนินการโรงพยาบาลอัจฉริยะ(Smart Hospital)	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ
2	2. ระดับความสำเร็จการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ
3	3. ร้อยละความถูกต้องของการเขียนโครงการ	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ
4	4. หน่วยบริการมีคะแนนประสิทธิภาพงบการเงินหมวดสินทรัพย์-พัสดุ มากกว่าร้อยละ 80 จากแบบประเมินรายงานการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567	บริหารทั่วไป
5	5. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ 94	บริหารทั่วไป

ประเด็น	ตัวชี้วัด (KPI)	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
6	6. ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T)	บริหารทรัพยากรบุคคล
7	7.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Care D+ Team	บริหารทรัพยากรบุคคล
8	8. ร้อยละผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก	ทันตสาธารณสุข
9	9. ระดับความสำเร็จการดำเนินงานโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ	ทันตสาธารณสุข
10	10.เด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามฟันแท้ (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30	ทันตสาธารณสุข
11	11.เด็กอายุ 3 – 5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50	ทันตสาธารณสุข
12	12.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ 13.อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ควบคุมโรคติดต่อ
13	14. ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โปลิโอ3, MMR1,MMR2, โปลิโอ4, โปลิโอ 5	ควบคุมโรคติดต่อ
14	15.ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
15	16.ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร	ควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
16	17.การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
17	18. ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคใหม่ แบบ Smart Primary Care 19. ผู้ป่วยในชุมชนได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้านคุณภาพ	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
18	20. ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ HA ขั้นมาตรฐาน	พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
19	21. อัตรามารดาตายไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน 22. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน น้อยกว่า 3.60 ต่อพันทารกเกิดมีชีพ 23. ร้อยละ 100 ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร 24. ร้อยละ 95 ทารกแรกเกิดได้รับการตรวจคัดกรองโรคที่หายาก(IEM) 40 กลุ่มโรค	ส่งเสริมสุขภาพ
20	25.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย 26.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓ ตัวชี้วัด Proxy : 2.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็น	ตัวชี้วัด (KPI)	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
20	27.ร้อยละของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1 ปี พ.ศ.2569 (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม 28.ร้อยละของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ 1 ปีพ.ศ.2569 (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function) 29.มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ 1,000 วัน Plus สู่ 2,500 วัน ทุกตำบล 30.ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔ D ผ่านเกณฑ์ขั้นต้น	ส่งเสริมสุขภาพ
21	31. ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 31.1 การคัดกรอง ADL 31.2 การคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน 32. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 33. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ 34. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 34.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 34.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 35. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 36. อำเภอที่มีการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 37. อำเภอที่มีการเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อเพื่อผู้สูงอายุ	ส่งเสริมสุขภาพ
22	38.ร้อยละของพระสงฆ์สามเณรและผู้นำทางศาสนาที่ได้รับการถวายการดูแลสุขภาพ 39.มีการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานอย่างน้อยตำบลละ 1 วัด และพัฒนาสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 วัด / รพ. ,รพ.สต. 40.มีการขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำวัด (อสว.)/ จิตอาสาสร้างเสริมสุขภาพ 1 อำเภอ 10 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 41.ร้อยละของพระสงฆ์สามเณรและผู้นำศาสนา มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็น	ตัวชี้วัด (KPI)	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
23	42.หน่วยบริการมีผลการวิเคราะห์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ระดับดีและดีมาก	ประกันสุขภาพ
24	43. หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพระดับดีและดีมาก 44. หน่วยบริการมีผลงานการจัดเก็บรายได้ปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2566	ประกันสุขภาพ
25	45.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา	คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
26	46.ร้อยละของสถานบริการการสาธารณสุขที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital 46.1 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) 46.2 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
27	ตัวชี้วัดตาม พ.ร.บ.งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมควบคุมโรค ผลผลิตที่ 6 พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม 47. ตัวชี้วัด ACT0601_2: ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท. รพช.M2) มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด 48. ตัวชี้วัด ACT0601_3 : ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.) มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด	อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
28	49.ร้อยละมูลค่าการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 3	การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
29	50.ร้อยละของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินคุณภาพ	ศูนย์อุบัติเหตุและงานการแพทย์ฉุกเฉิน

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข**
ประเด็น	**โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)**
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**ระดับความสำเร็จการดำเนินการโรงพยาบาลอัจฉริยะ(Smart Hospital)**
คำนิยาม/ความสำคัญ	**กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการยกระดับโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital)** ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวก รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย **โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)** หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และอำนวยความสะดวกรวดเร็วให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม **วัตถุประสงค์** 1) เพื่อยกระดับการบริการของโรงพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความปลอดภัย 2) เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการของประชาชนและความจำเป็นด้านสุขภาพได้ 3) เพื่อให้การบริการจัดการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถลดขั้นตอนการทำงาน ลดภาระงานของบุคลากร และลดการใช้ทรัพยากร **เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ** ในงบประมาณประจำปี พ.ศ. 2567 มีเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1.ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม 250 คะแนน 2.ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม 250 คะแนน 3.ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม 250 คะแนน 4.ด้านความปลอดภัยและธรรมาภิบาล คะแนนเต็ม 250 คะแนน โดยแบ่งระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1.ระดับเงิน 700 คะแนน ขึ้นไป 2.ระดับทอง 800 คะแนน ขึ้นไป **และในแต่ละด้านต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็น ด้านละ 160 คะแนน** 3.ระดับเพชร 900 คะแนน ขึ้นไป **(ต้องทำ success story และมี demonstration เช่น การออกคิวออนไลน์ ฯลฯ) และในแต่ละด้านต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็น ด้านละ**

	160 คะแนน
เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินระดับเงิน	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดออกประเมินให้คะแนนตามเกณฑ์
แหล่งข้อมูล	สรุปผลการประเมินของคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	ไม่มี

เกณฑ์การประเมิน :

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(คะแนน)	≤600	700	800	900	**1000**

ผู้ประสานงาน	**ชื่อ นายอาคม มูลสาร** **เบอร์มือถือ : 081 7901332**

Ranking Template

กลุ่มงาน	**กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข**
ประเด็น	**การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA**
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**ระดับความสำเร็จการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA)**
คำนิยาม/ความสำคัญ	**เป็นนโยบายหลักของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) **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

เกณฑ์เป้าหมาย : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน 5 คะแนน

โดยดำเนินการครบทั้ง ๕ กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ผู้รับผิดชอบงานของ สสอ. (หรือผู้แทน) เข้าร่วมประชุมคณะทำงานฯ เมื่อ สสจ.เชิญประชุมทุกครั้ง

กิจกรรมที่ 2 จัดทำรายงานได้ ถูกต้อง ครบถ้วน ตามเงื่อนไขของกระทรวงฯ

- จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี
- ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self-Assessment) หมวด 1- 6 หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI)
- กำหนดตัวชี้วัดหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ 7.1-7.6 จำนวน 6 หัวข้อ ครบ 18 ข้อ

กิจกรรมที่ 3 ส่งรายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ในระบบออนไลน์ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ทันเวลาตามเงื่อนไขที่กำหนด

- รอบ 3 เดือน ภายในวันที่ 4 ม.ค. 2567
- รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เม.ย. 2567
- รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 4 ก.ค. 2567
- รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 26 ก.ย. 2567

กิจกรรมที่ 4 มีการจัดทำแผนพัฒนาองค์กร และดำเนินงานตามแผนพัฒนาองค์กร อย่างน้อย 1 โครงการ/กิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 มี Best Practice อย่างน้อย 2 เรื่อง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary Data) <u>รอบ 6 เดือน</u> : ใช้ข้อมูล ไตรมาส 1-2 <u>รอบ 12 เดือน</u> : ใช้ข้อมูลไตรมาส 1-4
I	1. แบบลงทะเบียนการเข้าร่วมประชุม 2. ระบบรายงาน **"ระบบการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ (PMQA)"** จากส่วนกลาง ลิงก์ระบบรายงาน http://pmqa.moph.go.th/ 3. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	ไม่มี

เกณฑ์การประเมิน :

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(หน่วยวัด)	ดำเนินการ 1 กิจกรรม	ดำเนินการ 2 กิจกรรม	ดำเนินการ 3 กิจกรรม	ดำเนินการ 4 กิจกรรม	ดำเนินการ 5 กิจกรรม

หมายเหตุ : กิจกรรมที่ 1 หากขาดประชุม 1 ครั้ง หัก 0.25 คะแนน/ครั้ง

ผู้ประสานงาน	**ชื่อ :** นางสาวจุรีพร รัตนจินดากาญจน์ **เบอร์มือถือ :** 082 6699544

Ranking Template

กลุ่มงาน	**พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข**
ประเด็น	**การจัดทำโครงการเพื่อขออนุมัติ**
ชื่อตัวชี้วัด (ถ้ามี)	**ร้อยละความถูกต้องของการเขียนโครงการ**
คำนิยาม/ความสำคัญ	**โครงการ (Project)** หมายถึง กระบวนทำงานที่ประกอบด้วยกิจกรรมหลาย ๆ กิจกรรม หรืองานหลาย ๆ งาน ที่ต้องอาศัยทรัพยากรในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์หรือเป้าหมายที่วางแผนไว้ ซึ่งระบุรายละเอียดชัดเจน โดยประกอบด้วย 12 หัวข้อ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2566) ได้แก่ 1) ชื่อโครงการ 2) หลักการและเหตุผล 3) วัตถุประสงค์ 4) เป้าหมาย/กลุ่มเป้าหมาย/ขอบเขตดำเนินการ 5) วิธีการดำเนินงาน/ขั้นตอนการดำเนินงาน/วิธีดำเนินงาน 6) ระยะเวลาในการดำเนินการ 7) สถานที่ดำเนินการ 8) งบประมาณ 9) ผู้รับผิดชอบโครงการ 10) การประเมินผลโครงการ 11) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 12) การอนุมัติโครงการ **ความถูกต้องของการเขียนโครงการ (Project)** หมายถึง โครงการที่มีลักษณะครบทั้ง 4 ข้อดังต่อไปนี้ 1) มีองค์ประกอบครบ 12 หัวข้อ และมีความสอดคล้องกันของโครงการ 2) รายละเอียดเนื้อหาถูกต้องตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายงบประมาณในโครงการตามระเบียบของทางราชการ 3) สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการ (Action Plan) ที่กำหนดไว้ 4) การส่งโครงการเพื่อขออนุมัติ โดยไม่มีการแก้ไข
เกณฑ์เป้าหมาย : ความถูกต้องของการเขียนโครงการ มากกว่าร้อยละ 80	

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) ฐานข้อมูล Google sheet ติดตามการขออนุมัติโครงการ ของกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ รอบ 6 เดือน : ใช้ข้อมูล ตั้งแต่ 1 ธค 2566 – 30 มีค 2567 รอบ 12 เดือน : ใช้ข้อมูล ตั้งแต่ 1 ธค 2566 – 31 สค 2567
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล Google sheet ติดตามการขออนุมัติโครงการ ของกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร https://docs.google.com/spreadsheets/d/16nXTMJFFgkjnAi7JB9ZG-UZwc5WIF22OvUGplhJ2EEA/edit#gid=1133239054
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	ร้อยละความถูกต้องของการเขียนโครงการ (Project) = $\frac{\text{จำนวนโครงการที่มีความถูกต้อง} \times 100}{\text{จำนวนโครงการที่เสนอขออนุมัติทั้งหมด}}$ **หมายเหตุ :** นับเฉพาะโครงการฉบับพิมพ์ (hard copy) เท่านั้น

เกณฑ์การประเมิน :

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(ร้อยละ)	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90

ผู้ประสานงาน	**ชื่อ :** นางสาวสกุณา สืบสาครชูพงษ์ **เบอร์มือถือ :** 064 1178996

Ranking Template	
กลุ่มงาน	บริหารทั่วไป
ประเด็น	Area based:National Level การตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ – พัสดุ)
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	หน่วยบริการมีคะแนนประสิทธิภาพงบการเงินหมวดสินทรัพย์-พัสดุ มากกว่าร้อยละ 80 จากแบบประเมินรายงานการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567
คำนิยาม/ความสำคัญ	**กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายการตรวจสอบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพรายงานการเงิน (หมวดสินทรัพย์ – พัสดุ) เนื่องจากสำนักงานตรวจเงินแผ่นดินได้ทักท้วงงบการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขส่วนภูมิภาคดังนี้** 1. การบันทึกบัญชีไม่เป็นไปตามหลักการและนโยบายบัญชีภาครัฐ 2. หลักฐานประกอบรายงานทางการเงินไม่ตรงกับงบทดลองในระบบ New GFMIS Thai โดยเฉพาะหมวดสินทรัพย์ประเภทพัสดุซึ่งมีข้อคลาดเคลื่อนมากกว่าร้อยละ 80 **วัตถุประสงค์** 1) เพื่อให้รายงานทางการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มีความถูกต้อง ครบถ้วน เชื่อถือได้ 2) เพื่อพัฒนาคุณภาพรายงานทางการเงิน 3) เพื่อให้หน่วยบริการมีคะแนนประสิทธิภาพงบการเงินหมวดสินทรัพย์-พัสดุ มากกว่าร้อยละ 80 **เกณฑ์การประเมิน**ประสิทธิภาพงบการเงินหมวดสินทรัพย์-พัสดุ มากกว่าร้อยละ 80 โรงพยาบาลยโสธร และโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ประเมินตนเองตามแบบประเมินรายงานการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 และแนบไฟล์เอกสารประกอบการประเมินส่งมาที่งานการเงินและการบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
เกณฑ์เป้าหมาย : หน่วยบริการมีคะแนนประสิทธิภาพงบการเงินหมวดสินทรัพย์-พัสดุ มากกว่าร้อยละ 80	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ส่งแบบประเมินฯ และแนบไฟล์เอกสารประกอบการประเมิน มาที่งานการเงินและการบัญชี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินรายงานการเงินของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2567 และไฟล์เอกสารประกอบการประเมิน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	ไม่มี

เกณฑ์การประเมิน :

คะแนน	1	2	3	4	5
ผลงาน(คะแนน)	≤65	70	75	80	85

ผู้รับผิดชอบงาน	**นางรุ่งรัตนา แสนวงษ์ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ เบอร์มือถือ : 083 1259566**
ผู้ควบคุม	**นายทองคำ ศรีเนตร นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการพิเศษ เบอร์มือถือ : 086 6501575**

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**บริหารทั่วไป**
ประเด็น	ITA
ชื่อตัวชี้วัด (ถ้ามี)	**ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๔**
คำนิยาม/ความสำคัญ	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) หรือ MOPH ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ นับเป็นปีที่ ๑๐ ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำกรอบการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. มาประยุกต์ใช้ นำเนื้อหารายละเอียดข้อคำถามในภาพรวมมาสังเคราะห์ปรับปรุงเป็นแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมายให้ความสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก ภายใต้แนวคิด MOPH ITA 2024 : DECADE OF MOPH ITA ทศวรรษของ MOPH ITA 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. ๒๕๖๗ ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ๒) ระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์เป้าหมาย : หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ **ร้อยละ ๙๔**	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการประเมินการตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ในระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข http://www.stopcorruption.moph.go.th/app/mitas/
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	-

เกณฑ์การประเมิน :

ไตมาสที่1 การตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ในระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข **ผ่านเกณฑ์จำนวน 5 ข้อ (MOIT 5 ข้อ)**

คะแนน	**0**	**5**
ผลงาน(ข้อ)	1-4	5

ไตมาสที่ 3 การตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ในระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข **ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75 (MOIT 17 ข้อ)**

คะแนน	**0**	**5**
ผลงาน(ข้อ)	1-16	17

ผู้ประสานงาน	นางวราภรณ์ นนท์สามารถ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ 08 9190 4859 นางสุกัญญา คำพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ 08 4429 9696 นางสาวปาริสุทธิ์ วิศิษฐ์ผจญชัย ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ 09 7942 9932

Ranking Template

กลุ่มงาน	**กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร**
ประเด็น	**การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข (MoPH-4T)**
คำนิยาม/ความสำคัญ	**องค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T** หมายถึง องค์กรที่มีขีดความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรให้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนด สามารถตอบสนองความต้องการผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง และนำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยขับเคลื่อนการดำเนินการขององค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ประกอบด้วย T1 Trust หมายถึง การสร้างความไว้วางใจแก่ประชาชน บุคลากรขององค์กรและเครือข่าย T2 Teamwork & Talent หมายถึง การส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และสนับสนุนผู้มีความสามารถโดดเด่นในงาน ที่สร้างการเปลี่ยนแปลงการทำงานที่ดี T3 Technology หมายถึง การใช้เทคโนโลยีให้เกิดผลิตภาพ และบริการที่มีคุณค่าเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การสื่อสารภายในองค์กรรวดเร็ว แม่นยำ T4 Target หมายถึง การทำงานที่มุ่งเป้าหมาย คนทำงานมีความสุข องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง ที่มุ่งผลลัพธ์ในการพัฒนาองค์กร (Result) ให้เกิดกับประชาชน และเพื่อเป็นการยกระดับ พัฒนาองค์กร และขยายผลสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ได้อย่างเป็นรูปธรรม

เกณฑ์เป้าหมาย : หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์การประเมิน 5 คะแนน

<u>โดยดำเนินการครบทั้ง 5 กิจกรรม</u> ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง

กิจกรรมที่ 2 หน่วยงานมีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมและขับเคลื่อนการดำเนินงาน

กิจกรรมที่ 3 ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และส่งรายงานความก้าวหน้า รอบ 6 เดือน ได้ทันเวลาตามเงื่อนไขที่กำหนด และผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ 3 ทุกข้อ

- รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 4 เมษายน 2567

กิจกรรมที่ 4 ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และส่งรายงานความก้าวหน้า รอบ 9 เดือน ได้ทันเวลาตามเงื่อนไขที่กำหนด และผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ 3 ทุกข้อ

- รอบ 9 เดือน ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2567

กิจกรรมที่ 5 ผลลัพธ์ของการพัฒนาโดยหน่วยงานมีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแนวทางการ

	พัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ที่กำหนดไว้ นำเสนอผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ฯ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานจัดส่งรายงานผลการดำเนินงานพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของรพช./สสอ.+รพ.สต.พร้อมเอกสารหลักฐานมายังกลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1)รายงานผลการดำเนินงานตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ของ รพช./สสอ.+รพ.สต. 2)ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	

เกณฑ์การประเมิน :

ระดับขั้นความสำเร็จ	**รอบการประเมิน/คะแนนการประเมิน**			
	รอบครึ่งปีงบประมาณ (6 เดือน : ต.ค.-มี.ค.)	**คะแนน**	**รอบปีงบประมาณ (9 เดือน : ต.ค.-ส.ค.)**	**คะแนน**
ขั้นที่ 1	√	1		
ขั้นที่ 2	√	2		
ขั้นที่ 3	√	2		
ขั้นที่ 4			√	2
ขั้นที่ 5			√	3
คะแนนรวม		5 คะแนน		5 คะแนน

แนวทางการประเมิน

รอบการรายงาน/ประเมิน	**เกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน**	**ประเมินจากผลงาน/ข้อมูล/เอกสาร/หลักฐานต่างๆดังนี้**	**คะแนน**	**หมายเหตุ**
รอบครึ่งปีงบประมาณ (6เดือน ต.ค.-มีค.)	<u>**กิจกรรมที่ 1**</u> มีการกำหนดนโยบายในการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน 2.ประกาศนโยบายการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง	1 (0.5) (0.5)	
	<u>**กิจกรรมที่ 2**</u> หน่วยงานมีแผนงาน/	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.มีแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมและ	2 (2)	

	โครงการ/กิจกรรม และขับเคลื่อนการดำเนินงาน	ขับเคลื่อนการดำเนินงาน การพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง		
	<u>กิจกรรมที่ 3</u> ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการและรายงานผลการดำเนินงานรอบ 5 เดือน	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 6 เดือน ตามแผนงานโครงการปี 2567 2.ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ไม่ต่ำกว่าระดับ 3 ทุกข้อ	2 (1) (1)	นำส่งที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.ยโสธร ภายในวันที่ 4 เมษายน 2567
รอบปีงบประมาณ (9 เดือน : ต.ค.-ส.ค.)	**<u>กิจกรรมที่ 4</u>** ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการเพื่อเสริมสร้างความสุขของบุคลากรในหน่วยงานและรายงานผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.รายงานผลการดำเนินงาน รอบ 9 เดือน ตามแผนงานโครงการปี 2567 2.ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ไม่ต่ำกว่าระดับ 3 ทุกข้อ (ค่าคะแนนเพิ่มขึ้นจากครั้งที่ผ่านมา)	2 (1) (1)	นำส่งที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.ยโสธร ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2567
	<u>กิจกรรมที่ 5</u> ผลลัพธ์ของการพัฒนา โดยหน่วยงานมีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง กระทรวงสาธารณสุข MoPH-4T ที่กำหนดไว้ นำเสนอผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ฯ	**ตรวจสอบจากหลักฐาน/เอกสารดังนี้** 1.หน่วยงานนำเสนอผลงานโดดเด่นแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง 2.ผลลัพธ์การประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาองค์กรสมรรถนะสูง ช่วงคะแนน 40.00-59.99 ช่วงคะแนน 60.00-79.99 ช่วงคะแนน 80.00-100.00	3 (1.5) (0.5) (1) (1.5)	นำส่งที่กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สสจ.ยโสธร ภายในวันที่ 27 สิงหาคม 2567

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

Ranking Template

กลุ่มงาน	**กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร**
ประเด็น	**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน Care D+ Team**
คำนิยาม/ความสำคัญ	ทีม Care D + เป็นหนึ่งในนโยบาย Quick Win ที่ต้องทำให้สำเร็จภายใน 100 วัน เป็นทีมประสานใจระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อลดปัญหาความขัดแย้งที่กว่าร้อยละ 90 เกิดจากการสื่อสารที่ไม่ตรงกัน การไม่สื่อสาร รวมทั้งขาดเทคนิคในการบริหารจัดการในสถานการณ์วิกฤติ ซึ่งทำให้สถานการณ์เล็กๆ กลายเป็นเรื่องใหญ่ ทั้งที่ในความเป็นจริงเพียงแค่สื่อสารไม่ตรงกันเท่านั้น ทีม Care D+ จะเป็นทีมที่เข้ามาช่วยสร้างวัฒนธรรมใหม่ ใช้หลักใจเขาใจเรา ทำหน้าที่ประสานใจระหว่าง ผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรสาธารณสุข ให้เกิดความเข้าใจ ลดช่องว่างการสื่อสาร เพิ่มความเข้าใจเห็นอกเห็นใจ และที่มากไปกว่านั้น คือ ความใส่ใจ หรือ Care พร้อมที่จะโอบอุ้ม ดูแลกัน ส่วน D คือ ดีต่อใจ Develop พัฒนาทักษะการสื่อสาร ในแบบง่ายๆ “Care for life Share for Love” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. จัดตั้งทีมประสานใจ CARE D + ในการสื่อสารเชิงบวกในหน่วยงานระหว่างผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรทางการแพทย์ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการสื่อสารของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ 3. ลดปัญหาข้อร้องเรียนหรือหากกรณีมีปัญหาข้อร้องเรียนในพื้นที่ ปัญหาได้รับการแก้ไขและสามารถสื่อสารให้เกิดความเข้าใจอันดี ลดช่องว่างการสื่อสารและผลกระทบในองค์กรและประชาชนผู้มารับบริการ 4. ให้เกิดภาพลักษณ์ที่ดีของหน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับ

เกณฑ์เป้าหมาย : หน่วยงาน ผ่านเกณฑ์การประเมิน 5 คะแนน

ข้อที่	เกณฑ์ประเมิน
1	มีการจัดตั้งทีม CARE D+/คณะกรรมการดำเนินงานฯในสถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข แห่งละ 1 ทีม (อย่างน้อยตามจำนวนที่ได้รับการจัดสรรจากจังหวัด/เขตสุขภาพที่ 10)
2	บุคลากรทีม CARE D+ ในสถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการพัฒนาศักยภาพตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข
3	- ทีม CARE D+/คณะกรรมการดำเนินงานฯมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานในสถานบริการและรายงานผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน
4	- มีช่องทางการสื่อสารเชิงบวก ให้กับประชาชน ผู้มารับบริการ ในพื้นที่ได้รับทราบในรูปแบบสื่อบุคคล แพลตฟอร์มต่างๆ ฯลฯ - มีช่องการรับเรื่องร้องเรียนกับผู้มารับบริการ อาทิ กล่องรับความคิดเห็น แพลตฟอร์มต่างๆ ฯลฯ

5	ปัญหาข้อร้องเรียนในพื้นที่ได้รับการแก้ไข ร้อยละ 100

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินบุคลากร CARE D + ของกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1 ทะเบียนทีมประสานใจ CARE D + 2. บันทึกการรับข้อร้องเรียนที่ได้รับการดำเนินการแก้ไข 3. ช่องทางการสื่อสารประชาสัมพันธ์ของหน่วยบริการ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	

เกณฑ์การประเมิน : รอบที่ 1 และรอบที่ 2

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน (หน่วยวัด)	ดำเนินการได้ ข้อ 1	ดำเนินการได้ ข้อ 1+2	ดำเนินการได้ ข้อ 1+2+3	ดำเนินการได้ ข้อ 1+2+3+4	ดำเนินการได้ ทั้ง 5 ข้อ

ผู้ประสานงาน	1. นางรักชนก น้อยอาษา ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โทร 08 9945 9898 2. นางสาวจิรภรณ์ แนวบุตร ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โทร 08 2419 7474

Ranking Template

กลุ่มงาน	**ทันตสาธารณสุข**
ประเด็น	**โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์**
น้ำหนัก 13 คะแนน	
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**ร้อยละผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก**
คำนิยาม/ความสำคัญ	ฟันเทียมทั้งถอดได้ทั้งปาก หมายถึง ฟันเทียมถอดได้ที่มีการใส่ฟันทดแทนทั้งปาก ฟันเทียมถอดได้เกือบทั้งปาก หมายถึง ฟันเทียมถอดได้ที่มีการใส่ฟันเทียมทดแทนทั้งปากเฉพาะขากรรไกรบนหรือล่าง ร่วมกับการใส่ฟันเทียมถอดได้บางส่วนในขากรรไกรตรงข้าม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปากหรือสูญเสียฟันทั้งหมดในขากรรไกรบนหรือล่าง ทุกสิทธิการรักษา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) รายงานระบบ Health Data Center จังหวัด
แหล่งข้อมูล	รายงานระบบ Health Data Center จังหวัด
รายการข้อมูล1	A = รายงานระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน >เข้าถึงบริการ >ทันตกรรมบริการ รายงานที่ 11.5 กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (คน)
รายการข้อมูล2	B = รายงานระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน >เข้าถึงบริการ >ทันตกรรมบริการ รายงานที่ 12.5 กลุ่มก่อนวัยสูงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียมถอดได้ทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (คน)
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ที่ไม่มีฟันทั้งปากหรือสูญเสียฟันทั้งหมดในขากรรไกรบนหรือล่าง ทุกสิทธิการรักษาตามเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรร รายอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละผู้ที่ได้รับบริการใส่ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก = [(A + B) / C] x 100

อำเภอ	เมือง	ทรายมูล	กุดชุม	คำเขื่อนแก้ว	ป่าติ้ว	มหาชนะชัย	ค้อวัง	เลิงนกทา	ไทยเจริญ
ราย	55	25	50	50	25	50	25	50	25

เกณฑ์การประเมิน : ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(ร้อยละ)	**≤ ร้อยละ 10**	**ร้อยละ 20**	**ร้อยละ 30**	**ร้อยละ 40**	**≥ ร้อยละ 50**

เกณฑ์การประเมิน : เมษายน 2567 – กันยายน 2567

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(ร้อยละ)	**≤ ร้อยละ 60**	**ร้อยละ 70**	**ร้อยละ 80**	**ร้อยละ 90**	**ร้อยละ 100**

ผู้ประสานงาน	นางปิยนุช มาลัย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
	โทร : 0-4571-2234 ต่อ 116	E-mail :
	นางชิดหทัย สาระบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	โทร : 0-4571-2234 ต่อ 116	E-mail : hatai.yaso@gmail.com

Ranking Template

กลุ่มงาน	**ทันตสาธารณสุข**
ประเด็น	**โครงการพระราชดำริ/เฉลิมพระเกียรติ/ที่เกี่ยวเนื่องกับพระบรมวงศานุวงศ์**
น้ำหนัก 13 คะแนน	
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**ระดับความสำเร็จการดำเนินงานโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ**
คำนิยาม/ความสำคัญ	รากฟันเทียมรองรับฟันเทียม หมายถึง การผ่าตัดฝังรากฟันเทียมในกระดูกขากรรไกรเพื่อรองรับฟันเทียมทั้งปาก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ผู้ที่มีฟันเทียมเดิมแต่ฟันเทียมหลวมไม่กระชับ สันเหงือก ยุบตัว หรือมีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใส่รากฟันเทียม เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	
แหล่งข้อมูล	- จากการนำเสนอกระบวนการดำเนินงาน หลักฐานเอกสารการดำเนินงาน การซักถาม - จากรายงานระบบการส่งต่อผู้ที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใส่รากฟันเทียมในพื้นที่ ได้รับการใส่รากฟันเทียมสำเร็จ
รายการข้อมูล 1	- มีกระบวนการดำเนินงานค้นหาผู้ที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใส่รากฟันเทียม อย่างเป็นระบบ เป็นรูปธรรม - มีผู้ที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใส่รากฟันเทียมในพื้นที่ ได้รับการส่งต่อเพื่อใส่รากฟันเทียม และได้รับการใส่รากฟันเทียมสำเร็จ
รายการข้อมูลที่ 2	ผู้ที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใส่รากฟันเทียม สิทธิ UC ได้รับการใส่รากฟันเทียมสำเร็จ ตามเป้าหมายที่ได้รับการจัดสรร รายอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	

อำเภอ	เมือง	ทรายมูล	กุดชุม	คำเขื่อนแก้ว	ป่าติ้ว	มหาชนะชัย	ค้อวัง	เลิงนกทา	ไทยเจริญ
ราย	12	2	3	3	2	3	2	3	2

เกณฑ์การประเมิน : ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567 (ครั้งที่ 1)

เมษายน 2567 – กันยายน 2567 (ครั้งที่ 2)

เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
1. ประเมินกระบวนงาน อย่างมีระบบและเป็นรูปธรรม (5 คะแนน) 1.1 ประชุมชี้แจงการดำเนินงานรากฟันเทียม ประจำปี 2567 ระดับอำเภอ 1.2 มีชุดข้อมูลผู้รับบริการฟันเทียมทั้งปากระดับอำเภอ เพื่อนำสู่การค้นหาผู้ที่ต้องการใส่ฟันเทียม 1.3 มีขั้นตอนการดำเนินงาน(Guide line) การค้นหา การตรวจคัดกรอง การส่งต่อผู้ที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใส่รากฟันเทียม เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในพื้นที่	**มี 1 ข้อ = 1 คะแนน** **มี 2 ข้อ = 2 คะแนน** **มี 3 ข้อ = 3 คะแนน** **มี 4 ข้อ = 4 คะแนน** **มี 5 ข้อ = 5 คะแนน**
1.4 ผู้ที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใส่รากฟันเทียมในชุมชน ได้รับตรวจคัดกรองตามแนวทางดำเนินงาน (Guide line) ส่งต่อจาก รพ.สต. ไปรพช. 1.5 ผู้ที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใส่รากฟันเทียมในพื้นที่ ได้รับการส่งต่อจาก รพช.ไปยัง รพท.เพื่อใส่รากฟันเทียม	
2. การประเมินผลลัพธ์ (5 คะแนน) 2.1 มีผู้ที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นได้รับการใส่รากฟันเทียมได้สำเร็จ อย่างน้อย ๑ ราย 2.2 มีผู้ที่มีข้อบ่งชี้จำเป็นได้รับการใส่รากฟันเทียมได้สำเร็จ ตามจำนวนที่จัดสรรหรือมากกว่า	**ทำได้ข้อ 2.1 = 3 คะแนน** **ทำได้ข้อ 2.2 = 5 คะแนน**

ผู้ประสานงาน	นางปิยนุช มาลัย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
	โทร : 0-4571-2234 ต่อ 116	E-mail :
	นางชิดหทัย สาระบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	โทร : 0-4571-2234 ต่อ 116	E-mail : hatai.yaso@gmail.com

Ranking Template

กลุ่มงาน	**ทันตสาธารณสุข**
ประเด็น	**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก**
น้ำหนัก 7 คะแนน	
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**เด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามฟันแท้ (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30**
คำนิยาม/ความสำคัญ	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กอายุ 6 – 12 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมทั้งอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) รายงานระบบ Health Data Center จังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน > ข้อมูลเพื่อตองสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก > 19.3 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบ HIS
รายการข้อมูล1	A = จำนวนเด็กอายุ 6 – 12 ปี ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมอำเภอ
รายการข้อมูล2	B = กลุ่มเด็กอายุ 6 – 12 ปี ทุกสิทธิ์ ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	ร้อยละเด็กอายุ 6 – 12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามฟันแท้ (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) = (A / B) x 100

เกณฑ์การประเมิน : ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(ร้อยละ)	**≤ ร้อยละ 3**	**ร้อยละ 6**	**ร้อยละ 9**	**ร้อยละ 12**	**≥ ร้อยละ 15**

เกณฑ์การประเมิน : เมษายน 2566 – กันยายน 2567

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(ร้อยละ)	**≤ ร้อยละ 10**	**ร้อยละ 15**	**ร้อยละ 20**	**ร้อยละ 25**	**≥ ร้อยละ 30**

ผู้ประสานงาน	นางปิยนุช มาลัย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ
	โทร : 0-4571-2234 ต่อ 116	E-mail :
	นางชิดหทัย สาระบูรณ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
	โทร : 0-4571-2234 ต่อ 116	E-mail : hatai.yaso@gmail.com

Ranking Template

กลุ่มงาน	**ทันตสาธารณสุข**
ประเด็น	**การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) สาขาสุขภาพช่องปาก**
น้ำหนัก 7 คะแนน	
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**เด็กอายุ 3 – 5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50**
คำนิยาม/ความสำคัญ	**เคลือบ/ทาฟลูออไรด์** หมายถึง การใช้ฟลูออไรด์วานิช เคลือบ/ทา เพื่อป้องกันฟันผุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**เด็กอายุ 3 – 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ** เป็นภาพรวมทั้งอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ (43 แฟ้ม) รายงานระบบ Health Data Center จังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน > ข้อมูลเพื่อตองสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก > 17.9 OHSP ร้อยละเด็กอายุ 3 – 5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบ HIS
รายการข้อมูล1	A = จำนวนเด็กอายุ 3 – 5 ปี ที่ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ ในพื้นที่รับผิดชอบเป็นภาพรวมอำเภอ
รายการข้อมูล2	B = จำนวนเด็กอายุ 3 – 5 ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	ร้อยละเด็กอายุ 3 – 5 ปี ที่ได้รับการเคลือบ/ทาฟลูออไรด์เฉพาะที่ (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) = (A / B) x 100

เกณฑ์การประเมิน : ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(ร้อยละ)	≤ ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	≥ ร้อยละ30

เกณฑ์การประเมิน : เมษายน 2567 – กันยายน 2567

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(ร้อยละ)	≤ ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	≥ ร้อยละ 70

ผู้ประสานงาน	นางปิยนุช มาลัย โทร : 0-4571-2234 ต่อ 116 นางกาญจนี ศุผลา โทร : 0-4571-2234 ต่อ 116	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ E-mail : เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน E-mail : kanjanee.sup@gmail.com

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**ควบคุมโรคติดต่อ**
ประเด็น	**การพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/เขต/ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่**
คำนิยาม	**1. ความสำเร็จของการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค **3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ** หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (143 ต่อประชากรแสนคน) **4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค** (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (155 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2022)

5. กลุ่มเป้าหมาย

5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

6. เงื่อนไขการคำนวณ

6.1การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ **ไม่นับรวม**

6.1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+)และลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)

6.1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	88	88	88	88

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน **2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)** คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP (National Tuberculosis Information Program : NTIP)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย(National Tuberculosis Information Program :NTIP)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	☐ ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2567) ☐ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**ควบคุมโรคติดต่อ**
ประเด็น	**การพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ**
ระดับการแสดงผล	**จังหวัด/เขต/ประเทศ**
ชื่อตัวชี้วัด	**อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ**
คำนิยาม	**1. ความสำเร็จของการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **2. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค **3. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ** หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 – 30 กันยายน พ.ศ. 2567) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (155 ต่อประชากรแสนคน) **4. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค** (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (155 ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (103,000 ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report 2022)

5. กลุ่มเป้าหมาย

5.1 การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน

5.2 การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ.2566 - 30 กันยายน พ.ศ.2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

6. เงื่อนไขการคำนวณ

6.1การประเมินผลอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ **ไม่นับรวม**

6.1.1 ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+)และลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566)

6.1.2 กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 67	ปีงบประมาณ 68	ปีงบประมาณ 69	ปีงบประมาณ 70
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	85	85	85	85

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ
2. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**1.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน **2.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)** คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 (1 ตุลาคม 2566 - 30 กันยายน 2567) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP (National Tuberculosis Information Program : NTIP)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย(National Tuberculosis Information Program :NTIP)
รายการข้อมูล 3	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)
รายการข้อมูล 4	B = จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 คิดจากอัตรา 155 ต่อประชากรแสนคน* หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report 2022
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 21.2	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	☐ ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ 4 (วันที่ 30 กันยายน 2567) ☐ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส
วิธีการประเมินผล :	1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2567 (1 ตุลาคม – 31 ธันวาคม 2566) 2. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 (1 ตุลาคม พ.ศ. 2566 - 30 กันยายน พ.ศ. 2567)

คะแนน RANKING

ประเมินครั้งที่ 1

ชื่อตัวชี้วัด	คะแนน				
	1.25	**1.75**	**2.25**	**2.75**	**3.75**
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	น้อยกว่า 35%	35-37%	37.5-39.5%	40-42%	เท่ากับหรือมากกว่า 42.5%

ประเมินครั้งที่ 2

ชื่อตัวชี้วัด	คะแนน				
	1.25	**1.75**	**2.25**	**2.75**	**3.75**
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	น้อยกว่า 70%	70-74%	75-79%	80-84%	เท่ากับหรือมากกว่า 85%
ชื่อตัวชี้วัด	**คะแนน**				
	2.5	**3.5**	**4.5**	**5.5**	**7.5**
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	น้อยกว่า 75%	75-79%	80-84%	85-88%	มากกว่า 88%

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	1. นายเกียรติศักดิ์ พงประเสริฐ ตำแหน่ง จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 45712 233-4 โทรศัพท์เคลื่อนที่: 09 9449 9979 2. นายแมน แสงภักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 45712 233-4 โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 09 3559 9377

หมายเหตุ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จะประเมิน 2 ครั้ง คือ เมื่อสิ้นสุด 31 ม.ค. 67 และ เมื่อสิ้นสุด 30 ก.ย.67 ส่วนอัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ประเมินครั้งเดียว เมื่อสิ้นสุด ก.ย.67

<table>
<tr><th colspan="2">Ranking Template</th></tr>
<tr><td>กลุ่มงาน</td><td>ควบคุมโรคติดต่อ</td></tr>
<tr><td>ประเด็น</td><td>EPI พื้นฐาน</td></tr>
<tr><td>ระดับการแสดงผล</td><td>อำเภอ</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด</td><td>ร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐานตามแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โปลิโอ3, MMR1,MMR2, โปลิโอ4, โปลิโอ 5</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนพื้นฐาน ได้แก่ วัคซีนโปลิโอ (OPV3) , วัคซีนโปลิโอ4 (OPV4),โปลิโอ 5 (OPV5) ,วัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1), (MMR2) โดยคิดจากผลงานเด็กที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์เป้าหมาย</td><td>วัคซีนพื้นฐานทุกชนิดไม่น้อยกว่าร้อยละ 90
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 67</th><th>ปีงบประมาณ 68</th><th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td></tr>
</table>
ยกเว้น MMR ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ 67</th><th>ปีงบประมาณ 68</th><th>ปีงบประมาณ 69</th><th>ปีงบประมาณ 70</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ 95</td><td>ร้อยละ 95</td><td>ร้อยละ 95</td><td>ร้อยละ 95</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อให้เด็กได้รับวัคซีนพื้นฐานครบตามเกณฑ์ และควบคุม ป้องกันการระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>1.เด็กอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่อายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามเกณฑ์มาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานการณ์อยู่อาศัย type area= 1,3) โปลิโอ3, MMR1
2.เด็กอายุครบ 2 ปี ได้แก่ เด็กที่อายุครบ 2 ปี ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามเกณฑ์มาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานการณ์อยู่อาศัย type area= 1,3)ประเมินวัคซีน MMR2,โปลิโอ4
3.เด็กอายุครบ 4 ปี ได้แก่ ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม Person ตามเกณฑ์มาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานการณ์อยู่อาศัย type area= 1,3) ประเมินวัคซีน โปลิโอ5</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</td><td>รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนเด็กที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ณ วันที่ 31 มีนาคม 2567 และ 30 กันยายน 2567 ที่ได้รับวัคซีน โปลิโอ3 ,MMR1 ,MMR2 ,โปลิโอ4 ,โปลิโอ 5,</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนเด็กที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในช่วงที่รายงาน (สถานการณ์อยู่อาศัย type area= 1,3)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 3</td><td>รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผล คือ โปลิโอ3=088, MMR1=061,โปลิโอ4=084, ,โปลิโอ 5=085,</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) X 100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประมวลผล</td><td><u>รอบที่ 1</u> เดือน มีนาคม 2567 (เก็บข้อมูล ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567)
สรุปประเมินผลวันที่ 31 มีนาคม 2567
<u>รอบที่ 2</u> เดือน กันยายน 2567 (เก็บข้อมูล เมษายน 2567 – 15 กันยายน 2567)
สรุปประเมินผลวันที่ 30 กันยายน 2567
จากข้อมูล HDC</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์ประเมินผล</td><td>อัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กอายุ 0-5 ปี ประเมินรายวัคซีน
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>ความครอบคลุม</td><td><60%</td><td>65.1-75 %</td><td>75.1 - 85%</td><td>85.1-90%</td><td>> 90 %</td></tr>
</table>
อัตราความครอบคลุมการได้รับวัคซีน (MMR)
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>ความครอบคลุม</td><td><70%</td><td>75.1-80%</td><td>80.1-85%</td><td>85.1-90%</td><td>> 91%</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>-</td></tr>
<tr><td>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</td><td>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
1. นางชลลดา สรณอนุศาสน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 45712 233-4 โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 08 9627 2858
2. นายแมน แสงภักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 45712 233-4 โทรศัพท์เคลื่อนที่ : 09 3559 9377</td></tr>
</table>

รายละเอียดการประเมิน Ranking

ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2567 (ลดป่วย ลดตาย และลดภาวะแทรกซ้อน)

กลุ่มงาน	**ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด**
ตัวชี้วัด	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร**
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อ หมายถึง** เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดป่วย ลดตาย และลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคไตเรื้อรัง มีการบูรณาการและเชื่อมโยง ตั้งแต่การมีนโยบายสาธารณะที่จะเอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ การสื่อสารในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริหารจัดการและการดำเนินการให้เกิดกระบวนการป้องกัน ควบคุม และดูแลจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชาชน รวมถึงการเพิ่มบริการเชิงรุกในระดับชุมชนให้เข้าถึงสถานีสุขภาพชุมชน (Community Health Station) นำไปสู่สุขภาพแบบองค์รวมและต่อเนื่อง โดยใช้เทคโนโลยีเข้ามาร่วมในการให้บริการที่มีคุณภาพ รวมถึงการส่งต่อรักษาดูแลที่จำเป็นระหว่างทีมสหวิชีพและเครือข่ายในการให้บริการ เกิดผลลัพธ์ในการดำเนินงานที่มีคุณภาพ
วัตถุประสงค์	เพื่อลดป่วย ลดตาย และลดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งเป็นผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในเขตรับผิดชอบที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3) /สตรีอายุ 30-60 ปี /ประชากรอายุ 50-70 ปี และ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคมะเร็ง **หมายเหตุ**: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (type area 1) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area 3) และPERSON.DISCHARGE=“9”(ไม่จำหน่าย)PERSON.NATION=“099” (สัญชาติไทย)
วิธีการจัดเก็บ	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU ,NCI HPV Screening ,Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม ระบบHDC และ Cockpit สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ข้อมูลจาก Thai ACS Registry หรือเวชระเบียน และ NCI HPV Screening
การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 5 ระดับ พิจารณาความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับความสำเร็จ (ระดับคะแนน)	**ระดับ 1** < 120	**ระดับ 2** 120 -139	**ระดับ 3** 140 - 159	**ระดับ 4** 160 - 179	**ระดับ 5** ≥**180**
คะแนน					

หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน

หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
ชื่อ-สกุล : นางส่งศรี มูลสาร นางสาวพิชา สุภาพสุนทร นางสมกิจ ลากวงษ์	**ตำแหน่ง :** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 088 5845828 **ตำแหน่ง :** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 089 2801398 **ตำแหน่ง :** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 094 2899141
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด **หัวหน้ากลุ่มงานฯ** นางพิศมัย รัตนเดช	**ตำแหน่ง :** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 085 00201 69
โทร : 045 – 712233 ต่อ 134	**โทรสาร :** 045 - 711324 **e-mail :** songsri.m@gmail.com

แบบประเมินระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ 2567

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

อำเภอ..... จังหวัดยโสธร

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
1.) การนำนโยบาย พัฒนาโครงสร้างและกลไกการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (40 คะแนน)			
1.1 มีการกำหนดเป็นนโยบาย ทิศทาง เป้าหมายและสื่อสารกับภาคีเครือข่าย การป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อประกอบด้วย DM HT CKD Stroke STEMI CA 1.2 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับอำเภอ (NCD Board) และมีภาคีเครือข่าย (นอกหน่วยงานสาธารณสุข) และมีการประชุมอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อย 3 ครั้ง/ปี และนำมติที่ประชุมนำเสนอเชิงนโยบาย 1.3 มีการจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอ/เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และบุคลากรผ่านการพัฒนาศักยภาพเพื่อการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งระบบ Online หรือ onsite 1.4 มีแผนการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ และจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอตามความต้องการ 1.5 มีแผนปฏิบัติการ/ข้อตกลงร่วมกับเครือข่ายเพื่อจัดระบบบริการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กำหนดจุดให้บริการ Telemedicine และ DM Remission และมีการดำเนินการฯ 1.6 มีการติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและข้อตกลงร่วมกัน มีแผนในการแก้ปัญหา-พัฒนาฯ	(10 คะแนน) มี 1 ข้อ (20 คะแนน) มี 2-3 ข้อ (30 คะแนน) มี 4-5 ข้อ (40 คะแนน) มีครบทุกข้อ	☐ 10 คะแนน ☐ 20 คะแนน ☐ 30 คะแนน ☐ 40 คะแนน	-คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน NCD Board /Service plan ที่เกี่ยวข้อง (ทั้งใน/นอกหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) -วาระการประชุม/บันทึกรายงานการประชุม/มติที่ประชุม - แผนงาน/โครงการบูรณาการในการดำเนินงานจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง - แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรมแผนการออกปฏิบัติงาน -เอกสารการพัฒนาศักยภาพบุคลการ -เอกสารจัดสรร/จัดหาวัสดุ/ครุภัณฑ์ -ภาพถ่ายกิจกรรม - การนิเทศ ติดตามและประเมินผล
คะแนนที่ได้..... คะแนน			

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
2.) ประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงาน ลดเสี่ยง ลดโรค (60 คะแนน)			
2.1 มีการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้ม ชี้เป้าหมายในการจัดการปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประกอบด้วย (DM HT CKD Stroke STEMI CA) และคืนข้อมูลให้กับเครือข่าย 2.2 มีการสื่อสารป้องกัน รณรงค์ให้ความรู้และสร้างความตระหนักและความรอบรู้ (Health Literacy) เพื่อลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **Key massage** 5 รู้ 2 ไม่ (BMI, รอบเอว, BP, FBS, CV Risk, บุหรี่และแอลกอฮอล์) 2.3 การจัดตั้งสถานีสุขภาพในชุมชน (Community Health Station) ใน PCC/NPCU และทุกหน่วยบริการ 2.4 ให้บริการค้นหาคัดกรองความเสี่ยง มะเร็งระยะเริ่มแรก ประเมินโอกาสเสี่ยง CVD และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญเช่นบุหรี่ สุรา และมีการบันทึกจัดเก็บข้อมูลเป็นปัจจุบัน 2.5 สนับสนุนการป้องกันควบคุมโรคเช่น การปรับพฤติกรรมตามปัจจัยเสี่ยง การให้คำปรึกษารายกลุ่ม/รายบุคคล ด้วยบันได 7 ขั้น HBPM,SMBG,DM Control, DM Remission, IF, Life balance 2.6 มีระบบส่งต่อ-รับกลับ และระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) และติดตามดูแลรักษาผ่านระบบทางไกล Telemedicine 2.7 มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการโรค ทั้งในและนอกสถานบริการสาธารณสุข เกิดนวัตกรรมและ Best Practice 2.8 มีการศึกษา/วิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการและเพิ่มคุณภาพในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	(10 คะแนน) มี 1-2 ข้อ (20 คะแนน) มี 3-4 ข้อ (40 คะแนน) มี 5-6 ข้อ (60 คะแนน) มีครบทุกข้อ	☐ 10 คะแนน ☐ 20 คะแนน ☐ 40 คะแนน ☐ 60 คะแนน	-เอกสารรายงาน ทะเบียนต่าง ๆ -วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้ม มุ่งเป้าหมายในการแก้ปัญหา -เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG -ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/ผลการประเมิน -ทะเบียนให้คำปรึกษา - แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ บันทึกการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน -ตารางการให้บริการ/จัดบริการเชื่อมโยงเครือข่าย -แบบรายงานผลการดำเนินงาน -ภาพกิจกรรม -รายงานในระบบ 43 แฟ้ม -ข้อมูล HDC สสจ.ยโสธร -ผลงานวิชาการ นวัตกรรมและ Best Practice
คะแนนที่ได้..... คะแนน			

<table>
<tr><th>ประเด็นการประเมิน</th><th>เกณฑ์</th><th>ผลการประเมิน</th><th>แหล่งข้อมูล</th></tr>
<tr><td colspan="4">3.) ประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดการดำเนินงาน (100 คะแนน)</td></tr>
<tr>
<td>3.1 ตรวจคัดกรองเบาหวาน ประชากร 35 ปีขึ้นไป
เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90
3.2 ตรวจคัดกรองความดันโลหิต ประชากร 35 ปีขึ้นไป
เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 90
3.3 ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน
มากกว่าร้อยละ 72
3.4 ติดตามกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูง
มากกว่าร้อยละ 85
3.5 กลุ่มสงสัยป่วย Pre-DM ในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วม
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในโรงเรียนเบาหวาน
3.6 ผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบเข้าร่วม
โครงการ DM Remission มากกว่า 10 คน/ปี
3.7 ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมโรคได้ดี
มากกว่าร้อยละ 40
3.8 ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมโรคได้ดี
มากกว่าร้อยละ 60
3.9 ผู้ที่มีความดันโลหิตสูง>180/110 mmHg จากการ
คัดกรอง ได้รับการส่งต่อวินิจฉัย มากกว่าร้อยละ 30
3.10 ประเมินความตระหนักรู้ลดการบริโภคเกลือและ
โซเดียม ปชก. 20-69 ปี อำเภอละ 500 คนขึ้นไป
3.11 ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการประเมิน
CV Risk Score มากกว่าร้อยละ 90</td>
<td>
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.1 ร้อยละ</td><td><60</td><td>60-69</td><td>70-79</td><td>80-89</td><td>≥90</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.2 ร้อยละ</td><td><60</td><td>60-69</td><td>70-79</td><td>80-89</td><td>≥90</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.3 ร้อยละ</td><td><60</td><td>60-69</td><td>70-79</td><td>80-89</td><td>≥90</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.4 ร้อยละ</td><td><80</td><td>80-84</td><td>85-89</td><td>90-94</td><td>≥95</td></tr>
<tr><td>ะดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.5 ร้อยละ</td><td><50</td><td>50-59</td><td>60-69</td><td>70-79</td><td>≥80</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.6 จำนวนคน</td><td>< 5</td><td>5-9</td><td>10-14</td><td>15-19</td><td>≥20</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.7 ร้อยละ</td><td><20</td><td>20-29</td><td>30-39</td><td>40-49</td><td>≥50</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.8 ร้อยละ</td><td><50</td><td>50-59</td><td>60-69</td><td>70-79</td><td>≥80</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.9 ร้อยละ</td><td><20</td><td>20-29</td><td>30-39</td><td>40-49</td><td>≥50</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.10 จำนวน (คน)</td><td>< 400</td><td>400-499</td><td>500-599</td><td>600-699</td><td>≥ 700</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.11 ร้อยละ</td><td><60</td><td>60-69</td><td>70-79</td><td>80-89</td><td>≥90</td></tr>
</table>
</td>
<td>☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ ..... คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน</td>
<td>-สรุปผลการดำเนินงาน
-เอกสารรายงาน
-ข้อมูล HDC สสจ.ยโสธร
-ข้อมูล Cockpit สสจ.ยโสธร
-ทะเบียนคัดกรอง/ทะเบียนการการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
-ทะเบียนติดตามหรือผลการติดตามกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><th>ประเด็นการประเมิน</th><th>เกณฑ์</th><th>ผลการประเมิน</th><th>แหล่งข้อมูล</th></tr>
<tr><td colspan="4">3.) ประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดการดำเนินงาน (100 คะแนน) -ต่อ-</td></tr>
<tr>
<td>3.12 ผู้ป่วยDM&HTที่ CV Risk Score >30% ได้รับการติดตาม/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มากกว่าร้อยละ 80
3.13 ปชก.15 ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองบุหรี่ มากกว่าร้อยละ 50
3.14 ปชก.15 ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองแอลกอฮอล์ มากกว่าร้อยละ 50
3.15 ปชก.15 ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองบุหรี่ และเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ มากกว่าร้อยละ 10
3.16 ปชก.15 ขึ้นไป ได้รับการคัดกรองแอลกอฮอล์ และเลิกแอลกอฮอล์ ได้สำเร็จ มากกว่าร้อยละ 10
3.17 สตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง HPV DNA Test มากกว่าร้อยละ 60
3.18 ผลการตรวจ HPV DNA Test ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy มากกว่าร้อยละ 70
3.19 ปชก.อายุ 50-70 ปี ได้รับการตรวจคัดกรอง Fittest มากกว่าร้อยละ 55
3.20 ผลการตรวจ Fittest ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy มากกว่าร้อยละ 50</td>
<td>
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.12 ร้อยละ</td><td><70</td><td>70-79</td><td>80-84</td><td>85-89</td><td>≥90</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.13 ร้อยละ</td><td><40</td><td>40-49</td><td>50-59</td><td>60-69</td><td>≥70</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.14 ร้อยละ</td><td><40</td><td>40-49</td><td>50-59</td><td>60-69</td><td>≥70</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.15 ร้อยละ</td><td>< 5</td><td>5-9</td><td>10-14</td><td>15-19</td><td>≥20</td></tr>
<tr><td>ะดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.16 ร้อยละ</td><td>< 5</td><td>5-9</td><td>10-14</td><td>15-19</td><td>≥20</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.17 ร้อยละ</td><td><50</td><td>50-59</td><td>60-69</td><td>70-79</td><td>>80</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.18 ร้อยละ</td><td><60</td><td>60-69</td><td>70-79</td><td>80-89</td><td>≥90</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.19 ร้อยละ</td><td><40</td><td>40-49</td><td>50-59</td><td>60-69</td><td>≥70</td></tr>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>3.20 ร้อยละ</td><td><40</td><td>40-49</td><td>50-59</td><td>60-69</td><td>≥70</td></tr>
</table>
</td>
<td>☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ ..... คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน
☐ .....คะแนน</td>
<td>-สรุปผลการดำเนินงาน
-เอกสารรายงาน
-ข้อมูล HDC สสจ.ยโสธร
-ข้อมูล Cockpit สสจ.ยโสธร
-ทะเบียนคัดกรอง/ทะเบียนการการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
-ทะเบียนติดตามหรือผลการติดตามกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย</td>
</tr>
<tr><td colspan="4">คะแนนที่ได้..... คะแนน</td></tr>
<tr><td colspan="4">รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด..... คะแนน</td></tr>
</table>

รายละเอียดการประเมิน Ranking
ระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร

ชื่อกลุ่มงาน	**ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด**
ตัวชี้วัด	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร**
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร หมายถึง** การพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิตและยาเสพติด ตั้งแต่กระบวนการค้นหาคัดกรองบำบัดรักษาและฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ทุกที่ (Mental Health Anywhere) ผู้ใช้ ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด แบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติดและได้รับการเยี่ยมติดตามดูแลช่วยเหลือและสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ สังคมปลอดภัย ไร้ความรุนแรง
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน ๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดแบบระบบบำบัดสมัครใจ เทียบเป้าหมาย ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ ≥ ๖๒ ๓. จำนวนหมู่บ้าน CBTx. ใหม่ ๑ หมู่บ้าน ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ๔. จำนวนผลงานบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบ CBTx. เทียบเป้าหมาย
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการฆ่าตัวตาย และลดผลกระทบจากยาเสพติดต่อผู้ป่วยยาเสพติด ผู้ป่วยสุขภาพจิตยาเสพติด (SMI-V) และลดการก่อความรุนแรงในสังคม
ประชากร **กลุ่มเป้าหมาย**	๑. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒. ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติด แบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)
วิธีการจัดเก็บ	**สุขภาพจิต** ๑) ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ๒) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง ๕๐๖S ๓) รายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเองโดยทีมสอบสวนของแต่ละอำเภอ **ยาเสพติด** ๑) ข้อมูลในฐานข้อมูลของระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)/ บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU ๔๓ แฟ้มแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ ๑) แบบรายงานระบบฐานข้อมูล บสต. ๒) แบบรายงานคัดกรองฯ V.๒ **แบบรายงานที่เกี่ยวข้อง** ดังนี้

	๑) แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง. ๕๐๖S ๒) แบบรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต (Psychological Autopsy) ๓) รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย ๔) แบบรายงาน บสต. ๕) แบบรายงานคัดกรองฯ V.๒ ๖) หลักฐานแผนงานโครงการและการบูรณณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
แหล่งข้อมูล	**สุขภาพจิต** ๑.ทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย ๒. ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ๓. แบบเฝ้าระวังการพยายามทำร้ายตนเอง (แบบรายงาน รง ๕๐๖S) **ยาเสพติด** ๑. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.) สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาแลละฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข ๒. ข้อมูลสถิติ HDC หน่วยบริการสาธารณสุข/ สสจ,ยโสธร ๓. เอกสาร บสต. ๔ แบบคัดกรองฯ V.๒
การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้

เกณฑ์การให้คะแนน

กำหนดเป็นระดับชั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับความสำเร็จ (ระดับคะแนน)	**ระดับ ๑ (<๕๐)**	**ระดับ ๒ (๕๑-๖๙)**	**ระดับ ๓ (๗๐-๗๙)**	**ระดับ ๔ (๘๐-๘๙)**	**ระดับ ๕ (≥ ๙๐)**
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕

หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน

หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	- ประเมินผลทุกเดือน - Ranking phase ๒๕๖๗ (ตรวจสอบข้อมูลระดับจังหวัดทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางพิศมัย รัตนเดช ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด โทร. ๐๘๕ ๐๐๒๐๑ ๖๙ ๒. นางอารีรัตน์ เนติวัชรเวช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘๑ – ๙๙๙๔๙๘๒ **e-mail:** areeyaso๒๕๑๓@gmail.com ๓. นางสาววรรณปวีณ์ ไวยพจน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. ๐๙๒ – ๘๗๔๙๔๐๔ **e-mail:** yaso.mentalhealth@gmail.com

เกณฑ์การให้คะแนนประเมิน ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ อำเภอ.....

งานสุขภาพจิต

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
๑.) การประเมินค้นหาความเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยง (๒๐ คะแนน)			
๑.๑ มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับอำเภอและมีกลไกการขับเคลื่อน ๑.๒ มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ๑.๓ มีการประชุมชี้แจงสื่อสารนโยบาย คณะกรรมการ ระดับอำเภอ ๑.๔ มีการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในระดับอำเภอชี้เป้าหมายให้ชัดเจน เพื่อบ่งบอกถึงกลุ่มเสี่ยง กลุ่มเปราะบาง ๑.๕ มีการประเมินค้นหาความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย ด้วย ๙Q ในกลุ่มเสี่ยง ๓ กลุ่ม ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐	(๕ คะแนน) มี ๑ ข้อ (๑๐ คะแนน) มี ๒ ข้อ (๑๕ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ (๒๐ คะแนน) มีครบทุกข้อ	☐ ๕ คะแนน ☐ ๑๐ คะแนน ☐ ๑๕ คะแนน ☐ ๒๐ คะแนน	
๒) กลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบริการ รักษา ดูแลและติดตาม (๑๐ คะแนน)			
๒.๑ กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองเข้าสู่ระบบริการรักษา ร้อยละ ๙๐	ระดับคะแนน: ๑ / ๒ / ๓ / ๔ / ๕ ๒.๑ ร้อยละ: <๖๐ / ๖๐-๖๙ / ๗๐-๗๙ / ๘๐-๘๙ / ≥๙๐	☐ ..... คะแนน	
๒.๒ มีการติดตาม ควบคุมกำกับกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ ๙๐	ระดับคะแนน: ๑ / ๒ / ๓ / ๔ / ๕ ๒.๒ ร้อยละ: <๖๐ / ๖๐-๖๙ / ๗๐-๗๙ / ๘๐-๘๙ / ≥๙๐	☐ ..... คะแนน	

<table>
<tr><th>ประเด็นการประเมิน</th><th>เกณฑ์</th><th>ผลการประเมิน</th><th>แหล่งข้อมูล</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">๓) ระบบรายงานข้อมูล (๑๐ คะแนน)</td></tr>
<tr><td>๓.๑ ส่งแบบรายงาน ๕๐๖S

๓.๒ แบบรายงานการสอบสวนโรคกรณีฆ่าตัวตายหรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง</td><td>
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>๑</td><td>๒</td><td>๓</td><td>๔</td><td>๕</td></tr>
<tr><td>๓.๑ ร้อยละ</td><td><๖๐</td><td>๖๐-๖๙</td><td>๗๐-๗๙</td><td>๘๐-๘๙</td><td>≥๙๐</td></tr>
</table>
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>๑</td><td>๒</td><td>๓</td><td>๔</td><td>๕</td></tr>
<tr><td>๓.๒ ร้อยละ</td><td><๖๐</td><td>๖๐-๖๙</td><td>๗๐-๗๙</td><td>๘๐-๘๙</td><td>≥๙๐</td></tr>
</table>
</td><td>☐ ..... คะแนน

☐ ..... คะแนน</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">๔) ระบบข้อมูล (๑๐ คะแนน)</td></tr>
<tr><td>๔.๑ มีทะเบียนผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองสำเร็จและไม่สำเร็จในภาพรวมระดับอำเภอ
๔.๒ มีการทบทวนกรณีผู้ป่วยที่ทำร้ายตัวเองสำเร็จและไม่สำเร็จในภาพรวมระดับอำเภอ
๔.๓ มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานในพื้นที่
๔๔. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกิน ๘.๐๐ อัตราต่อประชากรแสนคน</td><td>(๕ คะแนน) มี ๑ ข้อ
(๘ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ
(๑๐ คะแนน) มีครบทุกข้อ</td><td>☐ ๕ คะแนน
☐ ๘ คะแนน
☐ ๑๐ คะแนน</td><td></td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนนประเมิน ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ อำเภอ.....

งานยาเสพติด

<table>
<tr><th>ประเด็นการประเมิน</th><th>เกณฑ์</th><th>ผลการประเมิน</th><th>แหล่งข้อมูล</th></tr>
<tr><td colspan="4">๑.) การประเมินค้นหาคัดกรองในกลุ่มเสี่ยฯ (๒๐ คะแนน)</td></tr>
<tr><td>๑.๑ มีคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอและมีกลไกการขับเคลื่อน
๑.๒ มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่
๑.๓ มีการประชุมชี้แจงมอบนโยบาย/เป้าหมายให้ชัดเจนและแนวทางขับเคลื่อนตามเป้าหมายแก่คณะทำงานระดับอำเภอ
๑.๔ มีการวิเคราะห์สถานการณ์/แนวทาง CPGงานยาเสพติดระดับอำเภอ
๑.๕ มีการประเมินค้นหาคัดกรองในกลุ่มเสี่ยง ตามเป้าหมาย</td><td>(๕ คะแนน) มี ๑ ข้อ
(๑๐ คะแนน) มี ๒ ข้อ
(๑๕ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ
(๒๐ คะแนน) มีครบทุกข้อ</td><td>☐ ๕ คะแนน
☐ ๑๐ คะแนน
☐ ๑๕ คะแนน
☐ ๒๐ คะแนน</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">๒) กลุ่มเสี่ยงเข้าสู่ระบบบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพดูแลและติดตาม (๒๐ คะแนน)</td></tr>
<tr><td>๒.๑ กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการค้นหาคัดกรองและเข้าสู่ระบบบริการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพฯ (ระบบสมัครใจ) ร้อยละ ๑๐๐ (ตามเป้าหมาย)

๒.๒ มีการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดผู้ป่วยสุขภาพจิตยาเสพติด (SMI-V) ดูแลและติดตามต่อเนื่อง</td><td>
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>๑</td><td>๒</td><td>๓</td><td>๔</td><td>๕</td></tr>
<tr><td>๒.๑ ร้อยละ</td><td><๖๐</td><td>๖๐-๖๙</td><td>๗๐-๗๙</td><td>๘๐-๘๙</td><td>≥๙๐</td></tr>
</table>
</td><td>☐ ..... คะแนน

☐ ..... คะแนน</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>ประเด็นการประเมิน</th><th>เกณฑ์</th><th>ผลการประเมิน</th><th>แหล่งข้อมูล</th></tr>
<tr><td>๔ ครั้ง/ใน ๑ปี (เทียบเป้าหมายของอำเภอ) Retention Rate ร้อยละ ≥ ๖๒
(ในระบบรายงานข้อมูล บสต.)</td><td>
<table>
<tr><td>ระดับคะแนน</td><td>๑</td><td>๒</td><td>๓</td><td>๔</td><td>๕</td></tr>
<tr><td>๒.๒ ร้อยละ</td><td><๕๐</td><td>๕๑-๕๙</td><td>๖๐-๖๙</td><td>๗๐-๗๙</td><td>≥๘๐</td></tr>
</table>
</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">๓) ระบบการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบชุมชนเป็นฐานและมีส่วนร่วม CBTx. (๑๐ คะแนน)</td></tr>
<tr><td>๓.๑ มีคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานและมีกลไกการขับเคลื่อนรูปแบบชุมชนเป็นฐานและมีส่วนร่วม CBTx. ใหม่ ๑ หมู่บ้าน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
๓.๒ มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนและดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่รูปแบบชุมชนเป็นฐานและมีส่วนร่วม CBTx. ใหม่ ๑ หมู่บ้าน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
๓.๓ จำนวนผลงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบ CBTx. (เทียบเป้าหมายอำเภอ)
๓.๔ มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานในพื้นที่</td><td>(๕ คะแนน) มี ๑ ข้อ
(๘ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ
(๑๐ คะแนน) มีครบทุกข้อ</td><td>☐ ๕ คะแนน
☐ ๘ คะแนน
☐ ๑๐ คะแนน</td><td></td></tr>
</table>

ประเด็น RANKING ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ชื่อกลุ่มงาน	**พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ**
ชื่อตัวชี้วัด	**การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)**
คำนิยาม	**การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อโดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด **อำเภอ** หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับหัวหน้าปกครอง ท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน 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	๑) คณะกรรมการประเมิน Ranking ประเมิน พชอ. คุณภาพ ตามเกณฑ์ และพิจารณาจากโปรแกรม CL UCCARE ๒) ประเมินตามเกณฑ์การประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย ๘ องค์ประกอบ แบ่งการจัดเก็บข้อมูลเป็น ๒ รอบ รอบที่ ๑ (ไตรมาส ๒) ดูในโปรแกรม CL UCCARE คิดเป็นร้อยละ ๖๐ ของคะแนนทั้งหมด รอบที่ ๒ (ไตรมาส ๔) ดูเอกสารฉบับจริง คิดเป็นร้อยละ ๔๐ ของคะแนนทั้งหมด
แหล่งข้อมูล	๑. เอกสารตามเกณฑ์ พชอ.คุณภาพ ๒. สัมภาษณ์คณะกรรมการ พชอ./ พชต. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ๓. โปรแกรม CL UCCARE (https://www.thaidhb.com/user/login)
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน ๒ รอบ (รอบที่ ๑ เดือนมีนาคม ๒๕๖๗ และรอบที่ ๒ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๗)
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานและประสานงานจังหวัด	**กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร** **๑. นายรัฐพล อินทรวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ** **โทรศัพท์ ๐๘๑ ๕๔๗๙๗๑๒** **๒. นางณกมน มีธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ** **โทรศัพท์ ๐๘๑ ๗๙๐๒๓๗๗** **๓. นายพิบูลย์ พิมพ์จำปา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ** **โทรศัพท์ ๐๙๐ ๖๑๘๒๐๖๕**

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

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๑. การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
๑	มีการบันทึกข้อมูลการดำเนินงานในโปรแกรม CL UCCARE	( ) มีการบันทึกสมบูรณ์ ( ) มีการบันทึกบางส่วน ( ) ไม่มีการบันทึก	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๒	มีคำสั่งคณะกรรมการ พชอ. และมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานของอำเภอในประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ - มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ พชอ./คณะทำงานประเด็นผู้สูงอายุที่เป็นปัจจุบัน	( ) มี ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ( ) มี ไม่ครบถ้วน และ/หรือ ไม่เป็นปัจจุบัน ( ) ไม่มี (รอบที่ ๑ ดูในโปรแกรม CL UCCARE, รอบที่ ๒ ดูเอกสารฉบับจริง)	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๓	มีการประชุมคณะทำงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ - สรุปรายงานการประชุม - มีรูปภาพการประชุม - เอกสารการจัดการประชุม : หนังสือเชิญประชุม, หนังสือขออนุมัติจัดการประชุม, สำเนาแบบลงทะเบียนผู้เข้าร่วมประชุม (เฉพาะรอบที่ ๒)	( ) มี ครบทั้ง ๒ หัวข้อ ( ) มี ไม่ครบ ( ) ไม่มี (รอบที่ ๑ ดูในโปรแกรม CL UCCARE, รอบที่ ๒ ดูเอกสารฉบับจริง)	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๔	มีแผนงาน/โครงการ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ - แผนงาน/โครงการ - รูปภาพการดำเนินกิจกรรมตามโครงการ	( ) มีครบทุกประเด็น ( ) มีแต่ไม่ครบ ( ) ไม่มี (รอบที่ ๑ ดูในโปรแกรม CL UCCARE, รอบที่ ๒ ดูเอกสารฉบับจริง)	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๑. การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ				
๕	มีข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุตามบริบท เป็นลายลักษณ์อักษร - แฟ้มข้อมูลผู้สูงอายุ - การวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ	( ) มีครบ และสมบูรณ์ตามเป้าหมายการดูแล ( ) มีแต่ไม่ครบ ( ) ไม่มี (รอบที่ ๑ ดูในโปรแกรม CL UCCARE, รอบที่ ๒ ดูเอกสารฉบับจริง)	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๖	อำเภอมีการบูรณาการ การบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในกลุ่มผู้สูงอายุ - มีการใช้งบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกัน มากกว่า ๓ หน่วยงาน/องค์กร (สุ่มสอบถาม/ แผนการใช้งบประมาณ) - มีความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม กับหน่วยงาน/องค์กร มากกว่า ๓ หน่วยงาน/องค์กร (สุ่มสอบถาม) - มีรูปภาพกิจกรรมการดำเนินงานร่วมกัน มากกว่า ๓ หน่วยงาน/องค์กร	( ) มี ครบทั้ง ๓ ข้อ ( ) มี ไม่ครบ ( ) ไม่มี	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
๗	อำเภอมีการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ระดับตำบล และสรุปผลการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ เป็นลายลักษณ์อักษรตามองค์ประกอบ UCCARE - มีกระบวนการเยี่ยมเสริมพลังประเมินผลงานตามเกณฑ์ UCCARE (สุ่มสอบถาม/เอกสารหลักฐาน) - มีเอกสารการสรุปผลการดำเนินงานคะแนนตาม UCCARE	( ) มี ครบทุกข้อ ( ) มี ไม่ครบ ( ) ไม่มี	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
		รวม ๑๔ คะแนน		

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	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	
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	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๒. กระบวนการพัฒนาเมืองและชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.) ๘ องค์ประกอบ ใช้เกณฑ์การประเมินตามรายละเอียดแบบประเมินชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและผู้พิการ กรมอนามัย				
๖	องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมในฐานะพลเมือง และการจ้างงาน (จำนวน ๖ ข้อ) น้ำหนักคะแนน ๑๐	( ) ข้อที่ผ่านการประเมินครบในข้อที่ต้องผ่าน คือ ๒, ๕ ( ) มีข้อที่ผ่านการประเมินแต่ไม่ครบในข้อที่ต้องผ่าน ( ) ไม่มีข้อที่ผ่านการประเมิน	๒ คะแนน ๑ คะแนน ๐ คะแนน	
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	
		รวม ๑๖ 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)

ประเด็น RANKING ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

ตัวชี้วัดที่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Smart Primary Care)

ตัวชี้วัด	ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคใหม่ แบบ Smart Primary Care
คำนิยาม	**ประชาชน หมายถึง** จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๖) **ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หมายถึง** การให้บริการด้านสาธารณสุขกับประชาชน โดยบุคลากรทางการแพทย์ ผ่านทางเทคโนโลยีและการสื่อสารแบบ Video conference เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัย การรักษา และการป้องกันโรค โดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องเวลาและสถานที่ **สถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) หมายถึง** สถานที่สำหรับให้บริการตรวจสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนทุกกลุ่มวัย ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ตลอดเวลาเมื่อมีความต้องการตรวจเช็คสุขภาพของตนเอง และเป็นช่องทางในการสื่อสารความเสี่ยงสุขภาพ **เครือข่ายหน่วยบริการด้านสุขภาพ (เอกชน) หมายถึง** คลินิกการแพทย์, คลินิกพยาบาล, คลินิกกายภาพบำบัด, ร้านขายยา, คลินิก LAB ฯลฯ ที่ขึ้นทะเบียนเปิดให้บริการประชาชนในเขตพื้นที่ **อสม. หมายถึง** อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีรายชื่อในฐานข้อมูล Thai PHC และมีสิทธิ์ได้รับค่าป่วยการ ณ เดือนที่รับการประเมิน RANKING
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพปฐมภูมิยุคใหม่ แบบ Smart Primary Care เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. ทุกอำเภอมีการจัดระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ๒. มีการจัดบริการสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) อย่างน้อยตำบลละ ๑ แห่ง ๓. มีการพัฒนาศักยภาพ อสม.เชิงรุกยุคดิจิตัล มากกว่าร้อยละ ๖๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบ, เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพปฐมภูมิ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ประเมินผลการจัดบริการระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) – ข้อมูลบางส่วนจากงานเทคโนโลยีสารสนเทศฯ สสจ. ๒. ประเมินผลการจัดบริการสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) – ข้อมูลบางส่วนจากกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ สสจ. ๓. ประเมินผลจาก โปรแกรม ๓ หมอรู้จักคุณ และ Application Smart อสม. รอบที่ ๑ (ตัดยอดข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗) รอบที่ ๒ (ตัดยอดข้อมูล ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๗)

เกณฑ์การให้คะแนน	**น้ำหนักคะแนนรวม ๑๐๐ แบ่งเป็น** **ส่วนที่ ๑. การประเมินกระบวนงาน (น้ำหนักคะแนน ๔๐)** ๑. ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ๒. การจัดบริการสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) ๓. มาตรฐานการจัดบริการสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) **ส่วนที่ ๒. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ (น้ำหนักคะแนน ๖๐)** ๑. ผลลัพธ์การให้บริการผ่าน Telemedicine ๒. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕ ๓. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ๔. ร้อยละการส่งรายงาน อสม.๑ ผ่าน SMART อสม. ๕. ร้อยละการคัดกรองผู้สูงอายุ ใน SMART อสม. ๖. ร้อยละการส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้ทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ใน SMART อสม. **สูตรคำนวณค่าน้ำหนักคะแนน (แยกรายส่วน) :** คะแนนรวมรายส่วน x น้ำหนัก ÷ คะแนนเต็มรายส่วน
ระยะเวลาประเมิน	ประเมิน ๒ รอบ (รอบที่ ๑ เดือนมีนาคม ๒๕๖๗ และรอบที่ ๒ เดือนมิถุนายน ๒๕๖๗)
วิธีการประเมินผล	- ลงพื้นที่ประเมินตามรายละเอียดตัวชี้วัดและสรุปรายงานตามองค์ประกอบของการคิดน้ำหนักคะแนน
เอกสารสนับสนุน	๑. แบบประเมินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ๒. คู่มือสถานีสุขภาพ ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 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 นายพิบูลย์ พิมพ์จำปา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๐ ๖๑๘๒๐๖๕ นางสิริกัลยา อุปนิสากร ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน โทรศัพท์ ๐๘๑ ๐๖๕๒๑๙๔ นางสาวสวิณีย์ ทองแก้ว ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ ๐๙๐ ๒๕๘๘๗๑๘

แบบประเมิน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ด้วย Smart Primary Care
หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
ส่วนที่ ๑. การประเมินกระบวนงาน				
๑	**ระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)** ๑.๑ มีการจัดระบบบริการ Telemedicine เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่าย และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย (โครงสร้าง, บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ) ๑.๒ มีสถานที่เฉพาะสำหรับ Telemedicine ในหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑.๓ มี Flow Chart ระบบ Telemedicine	( ) ไม่มีการจัดบริการการแพทย์ทางไกล ( ) มี ๑ – ๒ ข้อ ( ) มี ๓ – ๔ ข้อ ( ) มีครบ ๕ ข้อ	๐ ๑ ๒ ๓	
๒	**การจัดบริการสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station)** ๒.๑ มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานที่เป็นปัจจุบัน ๒.๒ มีสถานที่ตั้งสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) อย่างชัดเจน ๒.๓ มีการกำหนดตารางเวลาการให้บริการสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) และประชาชนทราบ (สุ่มสอบถามประชาชน) ๒.๔ มีการมอบหมายบุคลากรผู้ให้บริการในสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station) เป็นลายลักษณ์อักษร ๒.๕ มีทะเบียนการให้บริการที่เป็นปัจจุบัน	( ) ไม่มีการจัดตั้ง Health Station ( ) มี ๑ – ๒ ข้อ ( ) มี ๓ – ๔ ข้อ ( ) มีครบ ๕ ข้อ *แบ่งระดับจากแบบประเมินตามเอกสารแนบท้าย	๐ ๑ ๒ ๓	
๓	**มาตรฐานการจัดบริการสถานีสุขภาพชุมชน (คะแนนตามเอกสารแนบท้าย)** ๓.๑ จำนวนประเภทของบริการคัดกรองสุขภาพ ๓.๒ เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ในสถานีสุขภาพ ๓.๓ การประเมินสุขภาพ และสื่อสารความเสี่ยงในสถานีสุขภาพ ๓.๔ การเชื่อมโยงข้อมูลในสถานีสุขภาพ	( ) ไม่มีการจัดตั้ง Health Station ( ) ระดับพื้นฐาน ๑ - ๑๒ คะแนน ( ) ระดับก้าวหน้า ๑๓ - ๒๘ คะแนน ( ) ระดับพัฒนา ๒๙ - ๕๐ คะแนน	๐ ๑ ๒ ๓	
		รวม	๙	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
ส่วนที่ ๒. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ				
๑	**ผลลัพธ์การให้บริการผ่าน Telemedicine** - มีการสรุปวิเคราะห์กระบวนการให้บริการ Telemedicine **-** มีสรุปจำนวนการให้บริการ - ปัญหาอุปสรรค - โอกาสพัฒนา	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบทุกข้อ ( ) มี ครบถ้วน	๐ ๑ ๒	
๒	**ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลงหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕** - รวบรวมข้อมูลจาก HDC	( ) เกิน ร้อยละ ๕ ( ) ไม่เกิน ร้อยละ ๕	๐ ๒	
๓	**ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด** ใช้ค่า HbA๑C - ไม่มีโรคร่วม HbA๑C < ๗ - มีโรคร่วม HbA๑C < ๘	( ) ต่ำกว่า ร้อยละ ๓๐ ( ) ร้อยละ ๓๐ - ๔๐ ( ) มากกว่า ร้อยละ ๔๐	๐ ๑ ๒	
๔	**ร้อยละการส่งรายงาน อสม.๑ ผ่าน SMART อสม.** (แหล่งข้อมูลจาก https://smart-osm.com/dashboard/#/login)	( ) น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ( ) ร้อยละ ๖๕ – ๗๔.๙๙ ( ) ร้อยละ ๗๕ – ๘๔.๙๙ ( ) มากกว่าร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป	๐ ๑ ๒ ๓	
๕	**ร้อยละการคัดกรองผู้สูงอายุ ใน SMART อสม.** (แหล่งข้อมูลจาก https://smart-osm.com/dashboard/#/login)	( ) น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ( ) ร้อยละ ๖๕ – ๗๔.๙๙ ( ) ร้อยละ ๗๕ – ๘๔.๙๙ ( ) มากกว่าร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป	๐ ๑ ๒ ๓	
๖	**ร้อยละการส่งเสริมหญิงตั้งครรภ์ให้ทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็ก ใน SMART อสม.** (แหล่งข้อมูลจาก https://smart-osm.com/dashboard/#/login)	( ) น้อยกว่าร้อยละ ๖๕ ( ) ร้อยละ ๖๕ – ๗๔.๙๙ ( ) ร้อยละ ๗๕ – ๘๔.๙๙	๐ ๑ ๒	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
ส่วนที่ ๒. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ				
		( ) มากกว่าร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป	๓	
		รวม	**๑๕**	

<u>เอกสารแนบท้าย</u> ประเด็น RANKING ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

ตัวชี้วัดที่ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Smart Primary Care)

<u>ข้อ ๒ การจัดบริการสถานีสุขภาพชุมชน (Health Station)</u>

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
๑. จำนวนประเภทของบริการคัดกรองสุขภาพ			
๑.๑ คัดกรองเบื้องต้น (น้ำหนักและส่วนสูง)	๑		
๑.๒ คัดกรองเบื้องต้น (รอบเอว)	๑		
๑.๓ คัดกรองเบื้องต้น (ดัชนีมวลกาย)	๑		
๑.๔ คัดกรองเบื้องต้น (ความดันโลหิต)	๑		
๑.๕ คัดกรองปัจจัยเสี่ยง (การสูบบุหรี่)	๒		
๑.๖ คัดกรองปัจจัยเสี่ยง (การดื่มสุรา)	๒		
๑.๗ คัดกรองปัจจัยเสี่ยง (การประเมินสุขภาพจิต)	๒		
๑.๘ ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	๓		
๑.๙ ตรวจวัดออกซิเจนในเลือด	๓		
๒. เครื่องมือ/อุปกรณ์ที่ใช้ในสถานีสุขภาพ			
๒.๑ อุปกรณ์เบื้องต้น (เครื่องชั่งน้ำหนัก)	๑		
๒.๒ อุปกรณ์เบื้องต้น (สายวัดรอบเอว)	๑		
๒.๓ อุปกรณ์เบื้องต้น (ที่วัดส่วนสูง)	๑		
๒.๔ อุปกรณ์เบื้องต้น (เครื่องวัด BP แบบ manual)	๑		
๒.๕ อุปกรณ์เบื้องต้น (เครื่องวัด BP แบบ Auto)	๑		
๒.๖ มีแบบประเมินปัจจัยเสี่ยง (การสูบบุหรี่)	๒		

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
๒.๗ มีแบบประเมินปัจจัยเสี่ยง (การดื่มสุรา)	๒		
๒.๘ มีแบบประเมินปัจจัยเสี่ยง (สุขภาพจิต)	๒		
๒.๙ มีแบบประเมินปัจจัยเสี่ยง (โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด: CVD Risk)	๒		
๒.๑๐ มีเครื่องวัดน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX)	๓		
๒.๑๑ มีเครื่องวัดออกซิเจนในเลือด	๓		
๒.๑๒ มีชุดตรวจเฉพาะโรคอื่นๆ	๓		
๓. การประเมินสุขภาพ และสื่อสารความเสี่ยงในสถานีสุขภาพ			
๓.๑ ประมวลผลและให้คำแนะนำโดยผู้ให้บริการ	๑		
๓.๒ ผู้รับบริการสามารถประมวลผลเองได้ผ่านแอฟพลิเคชัน	๒		
๓.๓ ผู้รับบริการสามารถประมวลผลเองได้ และได้รับคำแนะนำในการจัดการความเสี่ยงสุขภาพผ่านแอฟพลิเคชัน หรือสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์	๓		
๔. การเชื่อมโยงข้อมูลในสถานีสุขภาพ			
๔.๑ บันทึกและจัดเก็บข้อมูล ที่สถานีสุขภาพเพียงอย่างเดียว	๑		
๔.๒ บันทึกข้อมูลด้วยแอฟพลิเคชันบนมือถือและเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลเครือข่าย	๒		
๔.๓ บันทึกข้อมูลอุปกรณ์ทางการแพทย์ดิจิตัลอัตโนมัติ และเชื่อมโยงกับสถานพยาบาลเครือข่าย	๓		
รวม	๕๐		

การแบ่งระดับ/ แปลผล Ranking

ระดับพื้นฐาน ๑ - ๑๒ คะแนน = คะแนน Ranking ๑ คะแนน

ระดับก้าวหน้า ๑๓ - ๒๘ คะแนน = คะแนน Ranking ๒ คะแนน

ระดับพัฒนา ๒๙ - ๕๐ คะแนน = คะแนน Ranking ๓ คะแนน

หมายเหตุ : อ้างอิงจากคู่มือสถานีสุขภาพ ของกรมควบคุมโรค มีการเพิ่มเติมบางข้อ เพื่อความครอบคลุมตามบริบทในพื้นที่เขต ๑๐

ประเด็น RANKING ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

ตัวชี้วัด : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ระบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพ)

ตัวชี้วัด	ผู้ป่วยในชุมชนได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้านคุณภาพ
คำนิยาม	**การเยี่ยมบ้านคุณภาพ หมายถึง การเยี่ยมบ้านที่มีกระบวนการ ดังนี้** **Input** ประกอบด้วย ๑. ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน ๒. ทีมเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็นเกณฑ์ย่อย ๔ ประเด็น คือ ๒.๑ ทีมเยี่ยมบ้านของสถานบริการปฐมภูมิ ๒.๒ การทำงานเป็นทีม (ทั้งภายในและภายนอก) ๒.๓ สมรรถนะของทีมเยี่ยมบ้าน ๒.๔ การสร้างการมีส่วนร่วม ๓. ปัจจัยสนับสนุนการจัดบริการ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ **Process** ประกอบด้วย ๑. งานบริการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็นเกณฑ์ย่อย ๓ ประเด็น คือ ๑.๑ กลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้าน ๑.๒ กระบวนการเยี่ยมบ้าน ๑.๓ กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน ๒. ระบบการดูแลต่อเนื่อง แบ่งเป็นเกณฑ์ย่อย ๔ ประเด็น คือ ๒.๑ การประสานการดูแลต่อเนื่อง ๒.๒ ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) ๒.๓ การเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ ๒.๔ การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน **Output/Outcome** ประกอบด้วย ๑. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย ๔ ประเด็น คือ ๑.๑ ผลการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน ๑.๒ คุณภาพการเยี่ยมบ้าน ๑.๓ ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน ๑.๔ ประสิทธิภาพการดูแลที่ไร้รอยต่อ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้ เพื่อให้ญาติรู้วิธีในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้านและร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ชุมชนหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถประเมินทั้งโรค(Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ได้อย่างถูกต้องครอบคลุม เพื่อให้ทำความรู้จักและสานต่อความสัมพันธ์ อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว

	เพื่อให้สามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้น ๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่าง ๆ
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช. ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน ร้อยละ ๑๐๐ ๒. อัตราการได้รับการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น DM, HT, Stroke, bed ridden ร้อยละ ๘๐ ๓. อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ไม่เกินร้อยละ ๕
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยในชุมชนที่เข้าเกณฑ์ในการเยี่ยมบ้านคุณภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. เอกสารตามเกณฑ์ ๒. การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ ๓. สอบถามผู้ป่วยในชุมชน
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนที่ประเมินได้รวมทุกข้อแล้วนำมาเทียบระดับคะแนน ดังนี้ คะแนน Input process ได้ ๑ - ๓๐ คะแนน รวมทำตัวชี้วัดผลลัพธ์ สำเร็จ (Output) ไม่น้อยกว่า ๔ ตัว ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ ๑ คะแนน Input process ได้ ๓๑ - ๓๖ คะแนน รวมทำตัวชี้วัดผลลัพธ์ สำเร็จ (Output) ไม่น้อยกว่า ๖ ตัว ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ ๒ คะแนน Input process ได้ ๓๗ - ๓๙ คะแนน รวมทำตัวชี้วัดผลลัพธ์สำเร็จ (Output) ครบ ๘ ตัว ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ ๓ ระดับ ๑ : อยู่ในระดับเริ่มต้นของการพัฒนา ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาและการปฏิบัติตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านเพื่อให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบ ระดับ ๒ : การพัฒนามีความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบเป็นส่วนมาก แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบ ระดับ ๓ : มีการพัฒนาและการปฏิบัติตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านครบถ้วนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบการเยี่ยมบ้าน
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	ลงพื้นที่ประเมินตามรายละเอียดตัวชี้วัดและสรุปรายงานตามองค์ประกอบของการคิดน้ำหนักคะแนน
เอกสารสนับสนุน	๑. แบบประเมินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ระบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพ) ๒. เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นเป้าหมาย
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายรัฐพล อินทรวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๕๔๗๙๗๑๒ นางณกมน มีธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๗๙๐๒๓๗๗ นางสาวณัฐพร ประสงค์ศิลป์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๘ - ๔๘๓๘๒๒๑

แบบประเมิน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ระบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพ)
ใช้เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
	Input				
ระบบงาน					
๑	มีระบบการดูแลเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลมาถึงบ้านที่สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	- คู่มือ/เอกสารที่แสดงระบบการดูแลต่อเนื่องของ CUP - Flow chart การดูแลต่อเนื่อง	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒	มีระบบฐานข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสะดวกในการใช้	- ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วยจำแนกตามระดับความรุนแรงเป็นกลุ่มโรคเป้าหมายสำคัญ - แบบฟอร์มการส่งต่อ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓	มีระบบสร้างภาคีเครือข่ายสนับสนุนความร่วมมือจากชุมชน	- รายงานการประชุมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ - รายชื่อภาคีเครือข่าย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
ทีมเยี่ยมบ้านของสถานบริการปฐมภูมิ					
๔	เยี่ยมโดยพยาบาลวิชาชีพ (กรณีที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้พยาบาลวิชาชีพ จากหน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้)	- ใบมอบหมายงานตามลักษณะความต้องการการดูแล - เอกสารขอบเขตความรับผิดชอบตาม flow chart ในข้อ ๑	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๕	เยี่ยมโดยบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ของหน่วยปฐมภูมินั้น		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๖	เยี่ยมโดยบุคลากรของหน่วยปฐมภูมิ ร่วมกับทีมภาคีเครือข่ายจากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน	- บันทึกการเยี่ยมบ้าน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
การทำงานเป็นทีม (ทั้งภายในและภายนอก)					
๗	ทีมสหสาขารับผิดชอบเยี่ยมบ้านตามขอบเขต สาขาวิชาชีพ และทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ	- ใบมอบหมายงาน - เอกสารขอบเขตความรับผิดชอบตาม flow chart ในข้อ ๑ - บันทึกการเยี่ยมบ้านของแต่ละสาขาวิชาชีพ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๘	มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการ กำหนดเป้าหมายการเยี่ยมผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย และจัดทีมเยี่ยมบ้าน	- คำสั่งแต่งตั้ง/คำสั่งมอบหมายงาน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๙	มีการวางแผนการจำหน่าย/ปรับแผนตามสภาพปัญหาผู้ป่วย และมีการประเมินผลลัพธ์การดูแลร่วมกันของทีมเยี่ยมบ้าน	- แผนการจำหน่าย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
สมรรถนะของทีมเยี่ยมบ้าน					
๑๐	มีความรู้เรื่องโรค ยา อาการแทรกซ้อน / ซับซ้อน สามารถคัดกรอง และส่งต่อได้ทันเวลา	- บันทึกการเยี่ยมบ้าน - สัมภาษณ์ทีมเยี่ยมบ้าน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๑๑	มีการเลือกใช้หรือสร้างเครื่องมือเฉพาะโรค ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยได้เหมาะสม เช่น ADL, PPS, ๒Q, ๙Q ฯลฯ	- เอกสารหลักฐานการใช้เครื่องมือที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละโรค ตาม Flow chart การดูแลต่อเนื่อง	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๑๒	มีการวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม ข้อมูลความเจ็บป่วย และคืนข้อมูล เพื่อ empowerment ให้เกิดความร่วมมือ	- บันทึกการเยี่ยมบ้าน - จากการสอบถามชุมชน/ผู้ป่วย/ญาติเกี่ยวกับการคืนข้อมูล	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
การสร้างการมีส่วนร่วม					
๑๓	พัฒนาให้เกิดภาคีเครือข่ายภาครัฐ และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการเยี่ยมบ้าน	- เอกสาร/ภาพถ่ายแสดงความร่วมมือของภาคีเครือข่าย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๑๔	สร้างความเข้มแข็งและขยายเครือข่ายภาคประชาชนมีบทบาทร่วมทีมเยี่ยมบ้าน	- เอกสาร/ภาพถ่ายกิจกรรมแสดงความร่วมมือของประชาชน - กองทุน - กรรมการ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๑๕	มีระบบสอน แนะนำ ที่ช่วยให้ อสม./จิตอาสา รู้วิธีปฏิบัติในบทบาททีมเยี่ยมบ้านภาคประชาชน	- เอกสาร/ภาพถ่ายแสดงการสอนแนะนำทีมเยี่ยมบ้านภาคประชาชน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้					
๑๖	มีอุปกรณ์เยี่ยมบ้านครบถ้วนสภาพพร้อมใช้	- กระเป๋าเยี่ยมบ้านครบถ้วนสภาพพร้อมใช้	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๑๗	มีการบริหารจัดการวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ให้มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการใช้	- หลักฐานการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องใช้รายวัน เช่น กระเป๋าเยี่ยมบ้านฯ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๑๘	มีการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีในบ้าน /ชุมชนเพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย	- เอกสาร/ภาพถ่าย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
Process					
กลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้าน					
๑๙	มีเกณฑ์คัดกรองกำหนดผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้านเป็นรายโรค	- เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๐	มีระบบสารสนเทศผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้านเป็นปัจจุบัน	- ข้อมูลระบบสารสนเทศที่ใช้	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๑	มีผังแสดงความชุกของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตามระดับความรุนแรง	- SPOT MAP	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
กระบวนการเยี่ยมบ้าน					
๒๒	มีกระบวนการเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาและความถี่การเยี่ยมบ้านเป็นรายกลุ่ม /รายโรค ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพื่อมุ่งส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย **หมายเหตุ :** ภายใน CUP ร่วมกันหาแนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรค และแผนการเยี่ยมบ้าน	- แนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรค - แผนการเยี่ยมบ้าน ประกอบกับบันทึกการเยี่ยมบ้านและผลการเยี่ยมบ้าน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๓	มีการเยี่ยมบ้านในกรณีเกิดภาวะเฉียบพลันได้ทันเวลาตามสภาพความรุนแรง/ ซับซ้อนของแต่ละโรค **หมายเหตุ :** ภายใน CUP ร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านกรณีเกิดภาวะเฉียบพลัน	- แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านกรณีเกิดภาวะเฉียบพลัน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๒๔	มีการติดตาม ควบคุม กำกับ ผลการดำเนินงาน	- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานเยี่ยมบ้าน - รายงานสรุปประเมินผล	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน					
๒๕	ติดตามผลการรักษา /ทำหัตถการที่จำเป็น / ฟื้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	- บันทึกการเยี่ยมบ้าน - สุ่มเยี่ยมบ้าน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๖	ให้การพยาบาลเพื่อลดอาการไม่สุขสบาย/ อาการบกวน		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๗	การประสานเพื่อการรักษาเบื้องต้น /ส่งต่อ / ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
การประสานการดูแลต่อเนื่อง					
๒๘	มีช่องทางการสื่อสารเพื่อประสานและปรับแผนการจำหน่ายตามภาวะของผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ	- หลักฐานช่องทางการสื่อสาร - บันทึกการรับโทรศัพท์	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๙	มีผู้รับผิดชอบหลักในการวางแผนจำหน่ายทุกหน่วยบริการ	- หลักฐานการมอบหมายงาน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๐	ระบบข้อมูล สารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสารข้อมูลงานเยี่ยมบ้านระหว่างสถานบริการที่เหมาะสมกับบริบท	- หลักฐานช่องทางการสื่อสาร - แบบบันทึกการส่งต่อ line หรือช่องทางอื่น ๆ - ข้อมูลจาก HDC	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC)					
๓๑	มีการดำเนินการวางแผนจำหน่ายและการจัดการสารสนเทศ ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องการประสาน ส่งต่อหน่วยงานต่าง ๆ	- หลักฐานการประสานข้อมูลการดูแล - หลักฐานการส่งต่อ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๒	มีทีมงานและมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	- หลักฐานการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๓	มีศูนย์/เครือข่าย แหล่งสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ที่บ้านผู้ป่วย	- หลักฐานการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ โดยศูนย์ฯ ในกรณีไม่มีของหน่วยงานเองต้องบอกได้ว่าใช้ร่วมกับใคร	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
การเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ					
๓๔	มีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ กรณีผู้ป่วยส่งต่อมีปัญหาซับซ้อน	- หลักฐานการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยงาน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๕	มีการใช้แผนการจำหน่ายร่วมกันระหว่างสถานบริการต่างระดับ		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๖	มีกระบวนการให้คำปรึกษา/ระบบพี่เลี้ยงในระดับตติยภูมิ / ทุติยภูมิ / ปฐมภูมิ	- หลักฐานการจัดระบบพี่เลี้ยงในเครือข่าย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน					
๓๗	มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการทุกครั้ง	- บันทึกการเยี่ยมบ้าน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๘	มีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือที่ตรงความต้องการ		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๓๙	มีการบันทึกที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลกำหนดประเด็นปัญหาและแผนการดูแลครั้งต่อไปสอดคล้องกับภาวะผู้ป่วย		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
		รวม ๓๙ คะแนน			
Output					
ผลการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน(Stroke, DM, HT, bed ridden)					
๔๐	จำนวนชั่วโมงการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ไม่น้อยกว่า ๖ ชั่วโมง / สัปดาห์ / คน	- ข้อมูลตัวชี้วัดการเยี่ยมบ้าน - บันทึกผลการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่แยกรายบุคคล	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๔๑	อัตราความครอบคลุมการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
คุณภาพการเยี่ยมบ้าน (Stroke, DM, HT, bed ridden)					
๔๒	อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่บ้าน ไม่เกิน ร้อยละ ๕		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๔๓	อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ร้อยละ ๘๐		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
ประสิทธิผลของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน					
๔๔	ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ (ใช้แบบฟอร์มตามที่แต่ละหน่วยงานกำหนด)		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๔๕	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ (ใช้แบบฟอร์มตามที่แต่ละหน่วยงานกำหนด)		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
ประสิทธิภาพการดูแลที่ไร้รอยต่อ					
๔๖	อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช.ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน ร้อยละ ๑๐๐		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๔๗	อัตราการส่งข้อมูลผู้ป่วยระดับ ๓ ถึงหน่วยบริการปลายทางภายใน ๕ วันร้อยละ ๘๐		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
รวม ๘ คะแนน					
รวมทั้งหมด ๔๗ คะแนน					

Template ตัวชี้วัด HA ปีงบประมาณ ๒๕๖๖

ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีคุณภาพผ่านกระบวนการรับรองคุณภาพ HA ขั้นมาตรฐาน

ชื่อกลุ่มงาน	**พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ**
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_path๗๓@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	
		รวม ๘ คะแนน		
	PROCESS IMPROVEMENT			
๕	รพ. มีนโยบายการพัฒนาคุณภาพ - เอกสารประกาศนโยบายการพัฒนาคุณภาพ ๓P-Safety	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	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 และเอกสารการประชุมทีม	( ) ไม่มี ( ) มีบางส่วน ( ) มีครบถ้วนสมบูรณ์	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
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	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	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	
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	
		รวม ๒๔ 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	
		รวม ๔ คะแนน		
		รวมทั้งหมด ๓๖ คะแนน		

แบบสำรวจความพึงพอใจผู้รับบริการในโรงพยาบาล

โรงพยาบาล .....

<u>ตอนที่ ๑</u> ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

๑. เพศ ๑ ☐ ชาย ๒ ☐ หญิง

๒. อายุ.....ปี

๓. การศึกษาที่สำเร็จสูงสุด ๑ ☐ ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า/ไม่ได้เรียน ๒ ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น
๓ ☐ มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ๔ ☐ อนุปริญญาหรือเทียบเท่า
๕ ☐ ปริญญาตรี ๖ ☐ สูงกว่าปริญญาตรี

๔. อาชีพประจำ ๑ ☐ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ๒ ☐ ลูกจ้าง/พนักงานบริษัท ๓ ☐ ผู้ประกอบการ/เจ้าของธุรกิจ
๔ ☐ ค้าขายรายย่อย/อาชีพอิสระ ๕ ☐ นักเรียน/นักศึกษา ๖ ☐ รับจ้างทั่วไป
๗ ☐ อื่นๆ.....

ตอนที่ ๒ ความพึงพอใจต่อด้านต่าง ๆในการรับบริการ

หัวข้อที่ประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจมาก (๕)	พอใจ (๔)	พอใจน้อยจนเกือบไม่พอใจ (๓)	ไม่พอใจ (๒)	ไม่พอใจมาก (๑)
☐ <u>ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ</u> ๑. ขั้นตอนการบริการ ไม่ยุ่งยากซับซ้อน และเข้าใจง่าย					
๒. ความชัดเจนในการอธิบาย ชี้แจง และแนะนำขั้นตอนในการให้บริการ					
๓. การติดต่อประสานงานมีความสะดวกรวดเร็ว					
๔. ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม					
๕. ความเป็นธรรมของกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ (เรียงตามลำดับก่อนหลัง มีความเสมอภาคเท่าเทียมกัน)					
☐ <u>ด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ</u> ๑. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยคำพูดที่สุภาพ ยิ้มแย้ม แจ่มใส นุ่มนวล ไม่แสดงกิริยารังเกียจ					
๒. ความเอาใจใส่ กระตือรือร้น และความพร้อมในการให้บริการของเจ้าหน้าที่					
๓. เจ้าหน้าที่มีความรู้ ความสามารถในการให้บริการ เช่น สามารถตอบคำถาม ชี้แจงข้อสงสัย และให้คำแนะนำ เป็นต้น					

หัวข้อที่ประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	พอใจมาก (๕)	พอใจ (๔)	พอใจน้อยจนเกือบไม่พอใจ (๓)	ไม่พอใจ (๒)	ไม่พอใจมาก (๑)
๔. เจ้าหน้าที่ให้บริการต่อผู้รับบริการเหมือนกันทุกราย โดยไม่เลือกปฏิบัติ					
☐ **ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก**					
๑. สถานที่ตั้งสะดวกในการเดินทางมารับบริการ					
๒. ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ที่จอดรถ ห้องน้ำ และที่นั่งคอยรอรับบริการ					
๓. ความสะอาดของสถานที่ให้บริการโดยรวม					
๔. การจัดสถานที่และอุปกรณ์มีความเป็นระเบียบ สะดวกต่อการติดต่อใช้บริการ					
๕. ป้ายข้อความบอกจุดบริการ/ป้ายประชาสัมพันธ์มีความชัดเจนและเข้าใจง่าย					
☐ **ด้านคุณภาพการให้บริการ**					
๑. ผลที่ได้จากการรับบริการตรงตามความต้องการ คุ้มค่าและเป็นประโยชน์					
๒. ความพึงพอใจโดยภาพรวมที่ได้รับจากผลการรับบริการ					
☐ **ด้านความเชื่อมั่นเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ**					
๑. ความเชื่อมั่นโดยรวมต่อคุณภาพการให้บริการ					

๒. โปรดระบุปัญหาในการใช้บริการ

.....

.....

.....

.....

๓. โปรดระบุข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงงานบริการ

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณในความร่วมมือในการกรอกแบบสำรวจ

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**ส่งเสริมสุขภาพ**
ประเด็น	**อนามัยมารดาและทารก และคลินิกส่งเสริมการมีบุตร**
ตัวชี้วัด	๑. อัตรามารดาตายไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๒. อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วัน น้อยกว่า ๓.๖๐ ต่อพันทารกเกิดมีชีพ ๓. ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๔. ร้อยละ ๙๕ ทารกแรกเกิดได้รับการตรวจคัดกรองโรคที่หายาก(IEM) ๔๐ กลุ่มโรค
คำนิยาม/ ความสำคัญ	๑. มารดาตาย หมายถึง การตายของมารดาไทยในเขตรับผิดชอบตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด ภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน ๒. ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกไทยในเขตรับผิดชอบ ๓. โรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลยโสธร โรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดยโสธร ๔. ตรวจคัดกรองโรคที่หายาก(IEM) หมายถึง การตรวจหาโรคพันธุกรรมเมตาบอลิก (inborn errors of metabolism) ๔๐ กลุ่มโรค
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตรในทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป(MD ๒)และระดับโรงพยาบาลชุมชน(MD๑)ที่ได้มาตรฐาน และมีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงทุกระดับ ๒. มีคลินิกฝากครรภ์ที่ได้มาตรฐานรวมถึงการคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์และมีระบบการส่งต่อ ๓. มีการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ และผ่านภาคีเครือข่ายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) และระดับตำบล (พชต.) ๔. อัตราการเกิดและการเจริญพันธุ์ เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ๕. ไม่มีมารดาตาย ๖. ทุกหน่วยบริการมีบริการฝากครรภ์คุณภาพและมีผลการดำเนินงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕๐ ๗. ทุกหน่วยบริการมีบริการฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์และมีผลการดำเนินงานไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕ ๘. ทุกหน่วยบริการมีบริการฝากครรภ์ ๘ ครั้งตามเกณฑ์และมีผลการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ๙. หญิงหลังคลอดขณะตั้งครรภ์ได้รับยาเสริมธาตุเหล็กและยาเสริมไอโอดีน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๕
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	๑. จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ๒. หนึ่งตำบลเป้าหมายของอำเภอ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ประเมินจากทะเบียนฐานข้อมูล ๒. จากฐานข้อมูล HDC ๓. ประเมินจากมาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ ๔. ประเมินจากมาตรฐานคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๕. ประเมินจากคำสั่ง/บันทึกการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก(MCH Board)ระดับอำเภอ/ตำบล ๖. รูปแบบ/วิธีการการกำกับติดตามงานอนามัยแม่และเด็ก
แหล่งข้อมูล	๑. ทะเบียนฐานข้อมูล ๒. ฐานข้อมูล HDC ๓. คลินิกฝากครรภ์ ๔. คลินิกส่งเสริมการมีบุตร
เกณฑ์การประเมิน/การให้คะแนน	**น้ำหนักคะแนนรวม ๑๐๐ แบ่งเป็น** **๑. ระบบข้อมูลและการจัดการข้อมูล จำนวน ๓๐ คะแนน** ๑.๑. มีทะเบียนฐานข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๒๐–๔๕ ปี ครบทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ๑.๒. มีทะเบียนฐานข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๒๐– ๔๕ ปี ที่แต่งงานแล้ว ครบทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ๑.๓. มีทะเบียนฐานข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๒๐–๔๕ ปีที่แต่งงานแล้วและต้องการมีบุตร ครบทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ๑.๔. มีทะเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์/ประวัติการฝากครรภ์และประเมินภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์ ครบทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ๑.๕. มีทะเบียนข้อมูลหญิงหลังคลอด/เยี่ยมหลังคลอดและประเมินภาวะเสี่ยงหลังคลอด ครบทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ ๑.๖. มีทะเบียนผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร/การส่งต่อ ครบทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ **๒. ระบบการจัดบริการสุขภาพ/ระบบการขับเคลื่อนงาน จำนวน ๓๐ คะแนน** ๒.๑. คลินิกฝากครรภ์ องค์ประกอบ ได้แก่ (๑)มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (๒)การคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ (๓)ระบบการส่งต่อ (๔) การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ๒.๒. การเฝ้าระวังโรคที่หายากในทารกแรกเกิด องค์ประกอบ(๑)ทะเบียนทารกแรกเกิด(๒)ทะเบียนการตรวจคัดกรองโรคที่หายาก(IEM ๔๐ โรค (๓) การวิเคราะห์ประเมินผล (๔)การติดตามทารกที่มีผลผิดปกติ ๒.๓. คลินิกส่งเสริมการมีบุตรในทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป(MD ๒) และระดับโรงพยาบาลชุมชน(MD๑)ที่ได้มาตรฐาน และมีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงทุกระดับ องค์ประกอบที่มาตรฐาน ได้แก่ (๑)ป้ายชื่อคลินิก (๒)ตารางวันเวลาที่ให้บริการ (๓)ป้ายชื่อพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิก (๔)ป้ายชื่อแพทย์(สูติแพทย์)ที่ให้บริการ (๕)โต๊ะ/เก้าอี้ที่ให้บริการ (๖)ป้ายแสดงรายการที่ให้บริการ(แผ่นพับ/ใบประชาสัมพันธ์) (๗)ทะเบียนข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (๘)ทะเบียนผู้รับบริการ (๙)ทะเบียนส่งต่อ ๒.๔. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก

	(MCH Board)ระดับอำเภอ/ตำบล ๒.๕. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กผ่านภาคีเครือข่าย ได้แก่ พชอ. พชต. ธรรมนูญตำบล ฯลฯ ๒.๖. การกำกับ/ติดตาม/ประเมินผลงานอนามัยแม่และเด็ก **๓. ระบบประมวล/ประเมินผลการดำเนินงาน จำนวน ๔๐ คะแนน** ๓.๑. หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๒๐–๔๕ ปี ที่แต่งงานแล้วและต้องการมีบุตรเข้ารับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ร้อยละ ๘๕ ๓.๒. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕ ๓.๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐ ๓.๔. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๗๕ ๓.๕. หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบมีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๔ ๓.๖. หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๘๕ ๓.๗. ไม่มีมารดาตาย ๓.๘. ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคที่หายาก(IEM ๔๐ โรค) ร้อยละ ๙๕
ผู้ประสานงาน	นางจินตนา พลมีศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒ นางสิรินทร์ฉัตร์ มีแวว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๙๖๕๖๖

แบบประเมินกระบวนงาน การดำเนินงานอนามัยมารดาและทารก คลินิกส่งเสริมการมีบุตร
หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๑	**ระบบข้อมูลและการจัดการข้อมูล**		**๓๐ คะแนน**	
	๑.๑. ทะเบียนฐานข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๒๐ – ๔๕ ปี	( ) ไม่มี ( ) มี ๑-๒ ข้อและไม่ครบทุกหมู่บ้าน ( ) มี ๑-๒ ข้อและครบทุกหมู่บ้าน ( ) มีทั้ง ๓ และไม่ครบทุกหมู่บ้าน ( ) มีครบทั้ง ๓ ข้อและครบทุกหมู่บ้าน	๐ คะแนน ๕ คะแนน ๘ คะแนน ๑๒ คะแนน ๑๕ คะแนน	
	๑.๒. ทะเบียนฐานข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๒๐ – ๔๕ ปี ที่แต่งงานแล้ว			
	๑.๓. ทะเบียนฐานข้อมูลหญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ ๒๐ – ๔๕ ปีที่แต่งงานแล้วและต้องการมีบุตร			
	๑.๔. ทะเบียนข้อมูลหญิงตั้งครรภ์/ประวัติการฝากครรภ์และประเมินภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์	( ) ไม่มี ( ) มี ๑-๒ ข้อและไม่ครบทุกหมู่บ้าน ( ) มี ๑-๒ ข้อและครบทุกหมู่บ้าน ( ) มีทั้ง ๓ และไม่ครบทุกหมู่บ้าน ( ) มีครบทั้ง ๓ ข้อและครบทุกหมู่บ้าน	๐ คะแนน ๕ คะแนน ๘ คะแนน ๑๒ คะแนน ๑๕ คะแนน	
	๑.๕. ทะเบียนข้อมูลหญิงหลังคลอด/เยี่ยมหลังคลอดและประเมินภาวะเสี่ยงหลังคลอด			
	๑.๖. ทะเบียนผู้รับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร/การส่งต่อ ครบทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ			
๒	**ระบบการจัดบริการสุขภาพ/ระบบการขับเคลื่อนงาน**		**๓๐ คะแนน**	
	๒.๑. คลินิกฝากครรภ์ องค์ประกอบ ได้แก่ (๑)มาตรฐานคลินิกฝากครรภ์ (๒)การคัดกรองภาวะเสี่ยงในหญิงตั้งครรภ์ (๓)ระบบการส่งต่อ (๔) การติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง	( ) ไม่มี ( ) มี ๑-๒ ข้อ และคัดกรองไม่ครบทุกราย ( ) มี ๑-๒ ข้อและคัดกรองครบทุกราย ( ) มี ๓-๔ ข้อ และคัดกรองไม่ครบ ทุกราย ( ) มี ๓-๔ ข้อ และคัดกรองครบทุกราย	๐ คะแนน ๒ คะแนน ๔ คะแนน ๗ คะแนน ๑๐ คะแนน	
	๒.๒. การเฝ้าระวังโรคที่หายากในทารกแรกเกิด องค์ประกอบ(๑)ทะเบียนทารกแรกเกิด	( ) ไม่มี	๐ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน
	(๒)ทะเบียนการตรวจคัดกรองโรคที่หายาก (IEM ๔๐ โรค (๓) การวิเคราะห์ประเมินผล (๔)การติดตามทารกที่มีผลผดปกติ	( ) มีองค์ประกอบ ๑-๒ ข้อ ( ) มี องค์ประกอบ ๓-๔ ข้อ	๓ คะแนน ๕ คะแนน	
	๒.๓. คลินิกส่งเสริมการมีบุตรในทั้งในระดับโรงพยาบาลทั่วไป(MD ๒) และระดับโรงพยาบาลชุมชน(MD๑)ที่ได้มาตรฐานและมีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงทุกระดับ องค์ประกอบที่มาตรฐาน ได้แก่ (๑)ป้ายชื่อคลินิก (๒)ตารางวันเวลาที่ให้บริการ (๓)ป้ายชื่อพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิก (๔)ป้ายชื่อแพทย์(สูติแพทย์)ที่ให้บริการ (๕)โต๊ะ/เก้าอี้ที่ให้บริการ (๖)ป้ายแสดงรายการที่ให้บริการ (แผ่นพับ/ใบประชาสัมพันธ์) (๗)ทะเบียนข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย (๘)ทะเบียนผู้รับบริการ (๙)ทะเบียนส่งต่อ	( ) ไม่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ( ) มีองค์ประกอบ ๑-๕ ข้อ ( ) มี องค์ประกอบ ๕-๙ ข้อ	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
	๒.๔. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กผ่านคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board)ระดับอำเภอ/ตำบล ๒.๕. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กผ่านภาคีเครือข่าย ได้แก่ พชอ. พชต. ธรรมนูญตำบล ฯลฯ ๒.๖. การกำกับ/ติดตาม/ประเมินผลงานอนามัยแม่และเด็ก	( ) ไม่มีทุกประเด็น ( ) มีเฉพาะคำสั่ง (MCH Board)ระดับอำเภอ/ตำบล ( ) มี คำสั่ง (MCH Board)ระดับอำเภอ/ตำบล และคำสั่งภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็ก ( ) มี คำสั่ง (MCH Board)ระดับอำเภอ/ตำบลและบันทึกการประชุมทุก ๓ เดือน ( ) มี คำสั่ง (MCH Board)ระดับอำเภอ/ตำบล และบันทึกการประชุมทุก ๓ เดือน และมีแผนงาน/โครงการนิเทศ/ติดตาม/ประเมินผลงานอนามัยแม่และเด็ก	๐ คะแนน ๒ คะแนน ๕ คะแนน ๗ คะแนน ๑๐ คะแนน	
๓	**ระบบประมวล/ประเมินผลการดำเนินงาน**	( ) ไม่มีผลการดำเนินงานหรือมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๐-๒๐ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๒๐.๐๑-๔๕ ( ) มีผลการดำเนินงาน	**๔๐คะแนน**	
	๓.๑. หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ ๒๐–๔๕ ปี ที่แต่งงานแล้วและต้องการมีบุตรเข้ารับบริการคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ร้อยละ ๘๕		๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน
		ร้อยละ ๔๕.๐๑-๘๔.๙๙ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป	๓ คะแนน ๕ คะแนน	
	๓.๒. หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๗๕	( ) ไม่มีผลการดำเนินงานหรือมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๐-๒๐ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๒๐.๐๑-๔๕ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๔๕.๐๑-๗๔.๙๙ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๗๕ ขึ้นไป	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
	๓.๓. หญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝากครรภ์ครบ ๘ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐	( ) ไม่มีผลการดำเนินงานหรือมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๐-๑๕ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๑๕.๐๑-๓๐ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๓๐.๐๑-๔๙.๙๙ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
	๓.๔. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ ๗๕	( ) ไม่มีผลการดำเนินงานหรือมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๐-๒๐ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๒๐.๐๑-๔๕ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๔๕.๐๑-๗๔.๙๙ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๗๕ ขึ้นไป	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
	๓.๕. มารดาเสียชีวิต	( ) มีมารดาเสียชีวิต ( ) ไม่มีมารดาเสียชีวิต	๐ คะแนน ๕ คะแนน	
	๓.๖. หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ ไม่เกินร้อยละ ๑๔	( ) มีผลการดำเนินงาน ≥ร้อยละ ๒๐ ( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๑๕-๑๙.๙๙ ( ) มีผลการดำเนินงาน	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๓ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน
		ร้อยละ ๑๔.๐๑-๑๔.๙๙		
		( ) มีผลการดำเนินงาน ≤ร้อยละ ๑๔	๕ คะแนน	
	๓.๗. หญิงที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบ ได้รับยาเม็ดที่มีส่วนประกอบของไอโอดีนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ ๘๕	( ) ไม่มีผลการดำเนินงานหรือมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๐-๒๐	๐ คะแนน	
		( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๒๐.๐๑-๔๕	๑ คะแนน	
		( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๔๕.๐๑-๘๔.๙๙	๓ คะแนน	
		( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป	๕ คะแนน	
	๓.๘. ทารกแรกเกิดได้รับการคัดกรองโรคที่หายาก(IEM ๔๐ โรค) ร้อยละ ๙๕	( ) ไม่มีผลการดำเนินงานหรือมีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๐-๒๕	๐ คะแนน	
		( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๒๕.๐๑-๕๐	๑ คะแนน	
		( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๕๐.๐๑-๙๔.๙๙	๓ คะแนน	
		( ) มีผลการดำเนินงาน ร้อยละ ๙๕ ขึ้นไป	๕ คะแนน	

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**ส่งเสริมสุขภาพ**
ประเด็น	**พัฒนาการเด็กปฐมวัยและส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็ก (IQ)**
ชื่อตัวชี้วัด (ถ้ามี)	๑.ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ๒.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓ ตัวชี้วัด Proxy : ๒.๑ ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ๓.ร้อยละของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปี พ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม ๔.ร้อยละของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปี พ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function) ๕.มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ทุกตำบล ๖.ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔ D ผ่านเกณฑ์ขั้นต้น
คำนิยาม/ความสำคัญ **คำนิยาม/ความสำคัญ (ต่อ)**	**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) **๑. การคัดกรองพัฒนาการ** หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) **๒. พัฒนาการสงสัยล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) **๓. พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ **เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า** หมายถึงเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการคัดกรอง/ตรวจประเมิน /วินิจฉัย โดยทีมสหวิชาชีพ แล้วพบวฺ มีพัฒนาการล่าช้า (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒)

คำนิยาม/ความสำคัญ (ต่อ)	**เข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน** หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการบริการที่เกี่ยวกับพัฒนาการและ/หรือสุขภาพจิต เช่น การตรวจประเมิน/วินิจฉัย การกระตุ้นพัฒนาการ, การให้คำปรึกษา, การบำบัดรักษา และหรือโปรแกรมการประเมิน/ฝึกตามวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักวิชาการศึกษาพิเศษหรือวิชาชีพอื่นที่ผ่านอบรม) ตามรหัสหัตถการ ICD๙CM ดังต่อไปนี้ ๘๙.๐๑ - ๘๙.๐๙, ๘๙.๑๓,๘๙.๑๕, ๘๙.๗, ๙๓.๐๑ –๙๓.๐๙, ๙๓.๑๑-๙๓.๑๙ , ๙๓.๒๑-๙๓.๒๙, ๙๓.๓๑ , ๙๓.๓๒ , ๙๓.๓๓ , ๙๓.๓๕ ,๙๓.๓๖ ,๙๓.๓๘ ,๙๓.๓๙ ,๙๓.๕๒ ,๙๓.๕๙ ,๙๓.๖๑-๙๓.๖๗ ,๙๓.๗๑ ,๙๓.๗๒ ,๙๓.๗๔ ,๙๓.๗๕ ,๙๓.๘๑-๙๓.๘๙, ๙๓.๙๙, ๙๔.xx และรหัส special PP ๑B๒๗๑, ๑B๒๗๒, ๑B๒๗๓, ๑B๒๗๔, ๑B๒๗๕ **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) **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” **จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function) หมายถึง กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัย ๙ ด้าน** ๑. ความจำเพื่อใช้งาน (Working Memory) ๒. การยั้งคิดไตร่ตรอง (Inhibitory Control) ๓. การยืดหยุ่นความคิด (Shift/Cognitive Flexibility)

	๔. การจดจ่อใส่ใจ (Focus/Attention) ๕. การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control) ๖. การติดตามประเมินตนเอง (Self-Monitoring) ๗. การริเริ่มและลงมือทำ (Initiating) ๘. การวางแผนและจัดระบบดำเนินการ (Planning and Organizing) ๙. การมุ่งเป้าหมาย (Goal-Directed Persistence) **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 ๕ 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) และ

	โรงเรียนอนุบาลเอกชน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน) ๖. หน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงเรียนอนุบาลสาธิตในมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มูลนิธิ และองค์กรเอกชน **สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ๔D หมายถึง** สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพ ๑D = Development & Play ๒D = Diet ๓D = Dental ๔D = Diseases
เกณฑ์เป้าหมาย : ๑. ร้อยละ ๘๖ ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ๒. ร้อยละ ๑๕ ของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ๓. ร้อยละ ๙๐ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม ๔. ร้อยละ ๘๕ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function) ๕. ร้อยละ ๕๐ ของตำบลมีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบระดับดีเยี่ยม ๖. ร้อยละ ๘๐ ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔ D	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. เอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล ๒. ประมวลผลการดำเนินงานจาก HDC จังหวัดยโสธร ๓. นิเทศ ติดตามเยี่ยม ประเมินผล
แหล่งข้อมูล	๑. เอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล ๒. ประมวลผลการดำเนินงานจาก HDC จังหวัดยโสธร

สูตรคำนวณตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**สูตรคำนวณตัวชี้วัด ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย** **รายการข้อมูล ๑** A = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก **รายการข้อมูล ๒** a = จำนวนเด็ก ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน **รายการข้อมูล ๓** B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรอง ในช่วงเวลาที่กำหนด **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** = $\frac{(A_9 + a_9) + (A_{18} + a_{18}) + (A_{30} + a_{30}) + (A_{42} + a_{42}) + (A_{60} + a_{60})}{B} \times 100$ **สูตรคำนวณตัวชี้วัด ร้อยละ ๑๕ ของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน** **รายการข้อมูล ๔** C = เด็กปฐมวัยอายุ ๐-๕ ปี ๑๑เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับบริการด้วยหัตถการ ICD-๙-CM (ฟื้นฟูและจิตเวช) + รหัส Special PP (TEDA๔I) **รายการข้อมูล ๕** D = เด็กปฐมวัยอายุ ๐-๕ ปี๑๑ เดือน ๒๙ วัน x ความชุก (ร้อยละ ๔.๒) **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** = (C/D) x ๑๐๐

เกณฑ์การประเมิน :

การประเมินกระบวนงาน ระดับอำเภอ ๕๐ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
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
๕	มีแผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีและดำเนินการแล้ว	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน
๕	มีกลไกความร่วมมือ และกระบวนการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ( ) ไม่มี ( ) มี	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน
๖	มีระบบส่งต่อและติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึง ๔.๑ มีระบบส่งต่อเพื่อเข้าบริการที่ได้มาตรฐาน ๔.๒ มีระบบการคืนข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเชื่อมโยง รพ., รพ.สต และ CFT ในการดูแลต่อเนื่อง ๔.๓ ติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	 ๑ ข้อ=๒ คะแนน ๒ ข้อ=๓ คะแนน ๓ ข้อ=๕ คะแนน

การประเมินกระบวนงาน ระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
๗	มีมาตรการการขับเลื่อนกลไกความร่วมมือการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ๑.จัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ๒.ประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ให้ประเมานเชาว์เล็ก ๓. คัดกรองภาวะโลหิตจาง เด็กที่มีภาวะโลหิตจาง ได้รับการแก้ไขภาวะโลหิตจางด้วยการส่งเสริมโภชนาการ และรักษาที่ถูกต้อง ๔. ตรวจการได้ยิน และวัดสายตา ๕.ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ (Care Plan) รายบุคคล ๖.ประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function) ๗.พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กด้วย Triple – P Plus , Executive Function และกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน รู้ทัน IT ช่วยเหลือตัวเอง ช่วยงานบ้าน ๘.การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านกลไกในพื้นที่ เช่น พชอ. พชต. MCH Bord ธรรมนูญตำบลเด็กปฐมวัย ๙.สุ่มประเมินเชาว์เล็ก ๑๐.ส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาเด็ก ๑๑.จัดทำแผนการ กำกับ ติดตาม กลุ่มเป้าหมายเฉพาะอย่างต่อเนื่อง	≤๖ข้อ = ๐ คะแนน ๗ ข้อ = ๒ คะแนน ๘ ข้อ = ๔ คะแนน ๙ ข้อ = ๖ คะแนน ๑๐ ข้อ = ๘ คะแนน ๑๑ข้อ = ๑๐ คะแนน
๘	มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ทุกตำบล ( ) ไม่มี ( ) ร้อยละ ๖๐ ( ) ร้อยละ ๗๐ ( ) ร้อยละ ๙๐ ( ) ร้อยละ ๙๐ ( ) ร้อยละ ๑๐๐	 ๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน ๓ คะแนน ๔ คะแนน ๕ คะแนน
๙	มีการขับเคลื่อนการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔ D ( ) ไม่มี ( ) มี	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน

การประเมินกระบวนงานระดับตำบล ๓๕ 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	มีมาตรการการขับเลื่อนกลไกความร่วมมือการพัฒนาระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ๑.จัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ๒.ประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ให้ประเมานเชาว์เล็ก ๓. คัดกรองภาวะโลหิตจาง เด็กที่มีภาวะโลหิตจาง ได้รับการแก้ไขภาวะโลหิตจาง ด้วยการส่งเสริมโภชนาการ และรักษาที่ถูกต้อง ๔. ตรวจการได้ยิน และวัดสายตา ๕.ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ (Care Plan) รายบุคคล ๖.ประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function) ๗.พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กด้วย Triple – P Plus , Executive Function และกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟัน รู้ทัน IT ช่วยเหลือตัวเอง ช่วยงานบ้าน ๘.การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านกลไกในพื้นที่ เช่น พชอ. พชต. MCH Bord ธรรมนูญตำบลเด็กปฐมวัย ๙.สุ่มประเมินเชาว์เล็ก ๑๐.ส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาเด็ก ๑๑.จัดทำแผนการ กำกับ ติดตาม กลุ่มเป้าหมายเฉพาะอย่างต่อเนื่อง	≤๖ข้อ = ๐ คะแนน ๗ ข้อ = ๒ คะแนน ๘ ข้อ = ๔ คะแนน ๙ ข้อ = ๖ คะแนน ๑๐ ข้อ = ๘ คะแนน ๑๑ ข้อ = ๑๐ คะแนน

๔	มีระบบส่งต่อและติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ๔.๑ มีระบบส่งต่อเพื่อเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ๔.๒ มีระบบการคืนข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเชื่อมโยง รพ.สต และ CFT ในการดูแลต่อเนื่อง ๔.๓ ติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	๑ ข้อ=๒ คะแนน ๒ ข้อ=๓ คะแนน ๓ ข้อ=๕ คะแนน
๕	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
๖	ขับเคลื่อนการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติด้านสุขภาพ ๔ D ( ) ไม่มี ( ) มี	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน

การประเมินผลลัพธ์ ระดับอำเภอ ๑๕ คะแนน

๑. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๖

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๘๒	๘๓	๘๔	๘๕	๘๖

๒. เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๑๕

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๓	๖	๙	๑๒	๑๕

๓.ร้อยละ ๙๐ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐

๔.ร้อยละ ๘๕ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function)

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕

๕. ร้อยละของตำบลมีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบระดับดีเยี่ยม

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑๐	๒๐	๓๐	๔๐	๕๐

๖.ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔ D ผ่านเกณฑ์ขั้นต้น

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐

ผู้ประสานงาน	นางจินตนา พลมีศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒ นางสาวราตรี ชายทอง โทรศัพท์ ๐๘๐ ๑๖๒๙๙๔๕

Ranking Template

กลุ่มงาน	**ส่งเสริมสุขภาพ**
ประเด็น	**ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง**
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	1. ร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง 1.1 การคัดกรอง ADL 1.2 การคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน 2. ร้อยละของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ 4. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 4.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 4.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 5. ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 6. อำเภอที่มีการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 7. อำเภอที่มีการเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อเพื่อผู้สูงอายุ
คำนิยาม/ความสำคัญ	**๑) ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไป **๒) การคัดกรอง ADL** หมายถึง การประเมิน ADL เพื่อจำแนกผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน(Barthel Activities of Daily Living :ADL) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๕ – ๑๑ คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๐ -๔ คะแนน **๓) การคัดกรองความถดถอย ๙ ด้าน** หมายถึง การคัดกรองและการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ด้วย Smart อสม. ได้แก่ ๑. การเคลื่อนไหวร่างกาย : Time Up and Go Test, ข้อคำถามประวัติหกล้ม 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 **๔) 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 Bluebook Application **๕) คลินิกผู้สูงอายุ** หมายถึง การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล ตามรูปแบบที่กรมการแพทย์กำหนด 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) **๖) การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ** หมายถึง คลินิกผู้สูงอายุมีระบบการดูแลรักษา ตั้งแต่การตรวจยืนยัน วินิจฉัยสาเหตุ การตรวจรักษาและการดูแลต่อเนื่องในผู้สูงอายุที่มีเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะพลัดตกหกล้ม **๗) 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 **๘) ชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ** หมายถึง ชุมชนที่มีการดำเนินงานปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ชุมชนหรือเมืองและโครงสร้างพื้นฐานเดิมให้เหมาะสมและเอื้อต่อการมีสุขภาพดี สร้างเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้พิการมีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเข้าถึงบริการทางสังคม

	และบริการทางสุขภาพที่มีคุณภาพ อย่างทั่วถึง **๙) อำเภอที่มีการเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อเพื่อผู้สูงอายุ** หมายถึง อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยการซ้อมแผนเพื่อเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อในการดูแลผู้สูงอายุ โรคใดโรคหนึ่ง 3 โรค ได้แก่ Stroke STEMI และ Hip fracture **๙.๑) การซ้อมแผนที่เป็นรูปธรรม** หมายถึง การซ้อมแผนบนโต๊ะ (Tabletop) หรือการซ้อมแผนโดยการฝึกปฏิบัติจริง (Drill) ที่มีการบูรณาการหลายๆ หน่วยงาน การเชื่อมระบบการดูแลระบบสุขภาพชุมชน สู่ ระบบบริการสุขภาพ เพื่อมิให้มีรอยต่อในการดูแลผู้สูงอายุ **๙.๒) ระบบสุขภาพชุมชน** หมายถึง ระบบสุขภาพที่ดำเนินงานในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ดูแลเบื้องต้น การส่งต่อ และรักษาต่อเนื่องในชุมชน **๙.๓) ระบบบริการสุขภาพ** หมายถึง ระบบที่มีการดูแลโดยทีมแพทย์ พยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง (ทุติยภูมิ/definitive care/fast tract)
เกณฑ์เป้าหมาย : 1. ร้อยละ 80 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ด้วย Blue Book Application 2. ร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุมีแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) 3. ร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์มาตรฐาน 4. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 4.1 ร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 4.2 ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 5. ร้อยละ 96 ของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan 6. ตำบลที่มีการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 7. ความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ อย่างน้อย 1 ตำบล/อำเภอ 8. อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยการซ้อมแผนเพื่อเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อในการดูแลผู้สูงอายุ โรคใดโรคหนึ่ง 3 โรค ได้แก่ Stroke STEMI และ Hip fracture อย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากแบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงานที่เกี่ยวข้อง และจากการลงติดตาม/สุ่มสอบถามกับ ผู้ป่วย ญาติ จนท.ผู้รับผิดชอบงานและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่/เอกสารการประชุมสรุปหรือถอดทเรียน ภาพถ่าย และคลิ๊ปการซ้อมแผน รอบ 6 เดือน : ใช้ข้อมูล ตั้งแต่ 1 ธ.ค. 2566 – 30 มี.ค. 2567 รอบ 12 เดือน : ใช้ข้อมูล ตั้งแต่ 1 ธ.ค. 2566 – 31 ส.ค. 2567
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลการคัดกรอง: ADL ประเมินจาก HDC / ความถดถอย 9 ด้านประเมินจาก Smart อสม. 2. แผนสุขภาพดี (Wellness plan) รายงานผ่าน Bluebook Application 3. คลินิกผู้สูงอายุ รายงานผลการประเมินผ่าน website สถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการ

	แพทย์ หรือรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กำหนด 4. การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล (Care Plan): ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 5. แบบรายงานสรุปผลการดำเนินงาน /รายงานตามระบบโปรแกรมรายงาน 6. ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) 7. สอบถามกับ จนท.ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	

เกณฑ์การประเมิน :

การประเมินด้านกระบวนการระดับอำเภอ 60 คะแนน

1. มีคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ)
2. มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) อย่างน้อย ๒ ครั้ง / ปี
3. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับอำเภอ
4. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ/กองทุน LTC ระดับอำเภอ
5. มีกิจกรรมและผลการประเมินคัดกรอง ADL /ผู้สูงอายุ 9 ด้าน
6. มีการดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรม Bluebook
7. มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ
8. มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ
9. มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม
10. มีการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (อย่างน้อย 1 ตำบล)
11. อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยการซ้อมแผนเพื่อเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อในการดูแลผู้สูงอายุ โรคใดโรคหนึ่ง 3 โรค ได้แก่ Stroke STEMI และ Hip fracture

การประเมินด้านกระบวนการระดับตำบล 20 คะแนน

1. มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (คัดกรอง ADL ประเมินสุขภาพ และ คัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน)
2. มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ
3. มีการจัดทำแผนสุขภาพดี (Wellness plan)

4. มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ 5. มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) 6. สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3 ราย 7. มี Care Manager /ทีมสหวิชาชีพ /หมอครอบครัว /Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 8. มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง **การประเมินผลลัพธ์ระดับอำเภอ 20 คะแนน** ประเมินตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด จำนวน 7 ข้อ	
ผู้ประสานงาน	1. นางจินตนา พลมีศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒ 2. นางนวลจันทร์ บุญธรรม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 084 4721515 3. นางสาวนริศรา อารีรักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 089 6866163

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 ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๕	มีกิจกรรมและผลการประเมินคัดกรอง ADL /ผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ( ) ไม่มี ( ) มีกิจกรรม ( ) มีกิจกรรมและสรุปผลการประเมิน	๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๖	มีการดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงด้านสุขภาพ และร่วมกันจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness Plan) กับผู้สูงอายุ ด้วยโปรแกรม Bluebook ( ) ไม่มี ( ) มีการจัดทำ Wellness Plan แต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีการจัดทำ Wellness Plan และครอบคลุม	๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๗	มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุมตามเกณฑ์ ( ) มีครอบคลุมตามเกณฑ์	๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	

การประเมินกระบวนงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๘	มีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครบถ้วน ( ) มีครบถ้วน	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๙	มีระบบการส่งต่อผู้สูงอายุความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะพลัดตกหกล้มและภาวะสมองเสื่อม ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่มีการส่งต่อ ( ) มีและมีการส่งต่อ	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๑๐	มีการขับเคลื่อนชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (อย่างน้อย ๑ ตำบล) ( ) ไม่มี ( ) มีการประเมินตนเองแต่ไม่มีรายงานการประชุมการขับเคลื่อนงาน ( ) มีการประเมินตนเอง รายงานการประชุมและภาพกิจกรรม	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน ๗ คะแนน	
๑๑	อำเภอมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยการซ้อมแผนเพื่อเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อในการดูแลผู้สูงอายุ โรคใดโรคหนึ่ง ๓ โรค ได้แก่ Stroke STEMI และ Hip fracture ( ) ไม่มีการซ้อมแผน ( ) มีการซ้อมแผนบนโต๊ะ (Tabletop) อย่างน้อย ๑ ตำบล ( ) มีการซ้อมแผน โดยการฝึกปฏิบัติจริง (Drill) อย่างน้อย ๑ ตำบล ( ) มีการซ้อมแผนบนโต๊ะ (Tabletop) อย่างน้อย ๑ ตำบล และมีการถอดบทเรียน ( ) มีการซ้อมแผน โดยการฝึกปฏิบัติจริง (Drill) อย่างน้อย ๑ ตำบล และมีการถอดบทเรียน	 ๐ คะแนน ๒ คะแนน ๔ คะแนน ๖ คะแนน ๘ คะแนน	
ระดับตำบล ๒๐ คะแนน			
๑	มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (คัดกรอง ADL ประเมินสุขภาพและ คัดครองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ด้าน) ( ) ไม่มีการคัดกรอง ( ) มีผลการคัดกรองแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีผลการคัดกรองครอบคลุม	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๒	มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครบถ้วน ( ) มีและครบถ้วน	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	

การประเมินกระบวนงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๓	มีการจัดทำแผนสุขภาพดี (Wellness plan) ( ) ไม่มีการจัดทำแผน ( ) มีการจัดทำแผนแต่บันทึกไม่ครอบคลุม ( ) มีการการจัดทำแผนและบันทึกครอบคลุม	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๔	มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๕	มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ( ) ไม่มีการบันทึก ( ) มีการบันทึกแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีการบันทึกครอบคลุม	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๖	สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ๓ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Planและเป็นปัจจุบัน ๑ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Planและเป็นปัจจุบัน ๒ ราย ( ) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Planและเป็นปัจจุบัน ๓ ราย	 ๑ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๗	มี Care Manager /ทีมสหวิชาชีพ /หมอครอบครัว /Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครบ ( ) มีครบ	 ๐ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน	
๘	มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ( ) ไม่มี ( ) มี	 ๐ คะแนน ๕ คะแนน	

หมายเหตุ คะแนนที่ได้ = คะแนนรวมทั้ง ๘ ข้อ / ๒

การประเมินผลลัพธ์

ระดับอำเภอ ๒๐ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา		เกณฑ์คะแนน			
๑	มีการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	< ๖๐%	๖๐ – ๖๙%	๗๐ – ๗๙%	๘๐ – ๘๙%	≥ ๙๐ %
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๒	มีการคัดกรองความถดถอย ๙ ด้านของผู้สูงอายุ	< ๖๐%	๖๐ – ๖๙%	๗๐ – ๗๙%	๘๐ – ๘๙%	≥ ๙๐ %
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๓	มีการจัดทำแผนสุขภาพดี (Wellness plan)	≤ ๓๕ %	๓๕ – ๔๔%	๔๕ - ๕๔%	๕๕ - ๖๕ %	> ๖๕ %
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๔	คลินิกผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	-	-	ไม่ผ่านเกณฑ์	-	ผ่านเกณฑ์
		-	-	๓ คะแนน	-	๕ คะแนน
๕	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	<๑๐ %	๑๐ - ๒๙ %	๓๐ - ๔๙ %	๕๐ - ๖๙%	≥ ๗๐%
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๖	ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	< ๑๙ %	๒๐ - ๓๙ %	๔๐ - ๕๙ %	๖๐ - ๗๙%	≥๘๐%
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๗	ร้อยละของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	< ๙๐%	๙๐-๙๒ %	๙๓-๙๕ %	๙๖-๙๘%	> ๙๘%
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน

หมายเหตุ คะแนนที่ได้ = คะแนนรวมทั้ง ๗ ข้อ / ๑.๗๕

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**ส่งเสริมสุขภาพ**
ประเด็น	**พระสงฆ์สามเณร และผู้นำทางศาสนาที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง**
ตัวชี้วัด	1.ร้อยละของพระสงฆ์สามเณรและผู้นำทางศาสนาที่ได้รับการถวายการดูแลสุขภาพ 2.มีการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐาน อย่างน้อยตำบลละ 1 วัด และพัฒนาสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 วัด / รพ. ,รพ.สต. 3.มีการขับเคลื่อนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำวัด (อสว.)/ จิตอาสาสร้างเสริมสุขภาพ 1 อำเภอ 10 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 4.ร้อยละของพระสงฆ์สามเณรและผู้นำศาสนา มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
คำนิยาม	**:วัดส่งเสริมสุขภาพ** หมายถึง วัดที่มีการบริหารจัดการวัดให้เอื้อโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของประชาชน และชุมชน เกณฑ์การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1. เกณฑ์พื้นฐาน คือ ผลรวมคะแนนการประเมินสุขภาพ ตั้งแต่ 70-79 คะแนน 2. เกณฑ์ก้าวหน้า คือ ผลรวมคะแนนการประเมินสุขภาพ ตั้งแต่ 80-89 คะแนน 3. เกณฑ์ยั่งยืน คือ ผลรวมคะแนนการประเมินสุขภาพ ตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป **หมายเหตุ** : ต้องปรับปรุง คือ มีผลรวมคะแนนการประเมินสุขภาพ ต่ำกว่า 70 คะแนน : มีหลักฐานการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด : **ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560** คือข้อตกลงร่วม หรือ กติกาที่เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมของพระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ในทุกระดับ และส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม : **พระคิลานุปัฏฐาก** คือ ผู้ปฏิบัติดูแลพระสงฆ์อาพาธ รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรคและการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของพระสงฆ์ด้วย :**วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Tempel)** คือ วัดที่มีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และถือว่าการดูแลสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมเป็นเรื่องของทุกคนในวัด มีการจัดระบบ กระบวนการ และบริการ ให้ความสำคัญกับเรื่องข้อมูลและการสื่อสาร และเอื้อให้พระสงฆ์ สามเณรและผู้นำทางศาสนา มีความสามารถในการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม จนพระสงฆ์ สามเณร ผู้นำทางศาสนา ประชาชนและชุมชน เกิดการเข้าถึง เข้าใจและนำข้อมูลไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

เกณฑ์เป้าหมาย	1.ร้อยละ 50 ของพระสงฆ์สามเณรและผู้นำทางศาสนาที่ได้รับการดูแลสุขภาพโดยการตรวจคัดกรองสุขภาพผ่านการขับเคลื่อนโครงการถวายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ฯ 2.มีการดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานขึ้นไปทุกวัด และพัฒนาสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ รพ.,รพ.สต.ละ 1 วัด 3.ร้อยละ 90 ของพระสงฆ์สามเณรและผู้นำศาสนา มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.พระสงฆ์สามเณรและผู้นำทางศาสนา 2.จิตอาสาสร้างเสริมสุขภาพ 1 อำเภอ 10 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ 3.วัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพผ่านระบบข้อมูลวัดส่งเสริมสุขภาพและพระคิลานุปัฏฐาก กรมอนามัย /ผลการประเมินรับรอง/อนุมัติรับรองเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ (โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สสจ./ศูนย์อนามัยที่ 10) ในเวปไซต์ https://healthtemple.anamai.moph.go.th 2.แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ 3.แบบรายงานสรุปผลการดำเนินโครงการฯ รายงานตามระบบรายงาน แบบ อ.3 4.จากการลงติดตาม/สอบถามกับ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในพื้นที่
แหล่งข้อมูล	- กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร/ ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ระยะเวลาประเมิน	รอบที่ 1 : 6 เดือนแรก (ตุลาคม 2566 – มีนาคม 2567) รอบที่ 2 : 6 เดือนหลัง (เมษายน – กันยายน 2567)
เกณฑ์การให้คะแนน	**การประเมินด้านกระบวนการระดับอำเภอ 60 คะแนน** 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการถวายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ฯ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) 2. มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการฯ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) อย่างน้อย 2 ครั้ง / ปี 3. มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พระสงฆ์ฯและ วัดส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ 4. มีแผนปฏิบัติการ/ขับเคลื่อนการดำเนินโครงการถวายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ระดับอำเภอ 5. มีกิจกรรมตรวจสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร และผู้นำศาสนา 6. มีผลการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐานอย่างน้อย รพ./รพ.สต.ละ 1 วัด

	7. มีวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ 1 วัด/ 1 รพ. ,รพ.สต. 8. มีการบริหารจัดการในการจัดกิจกรรม 1 อำเภอ 10 กิจกรรม /มีการพัฒนาศักยภาพอาสมัครประจำวัด (อสว.) จิตอาสาสร้างเสริมสุขภาพ 1 อำเภอ 10 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้แก่ 1 ปลอด ,2 กำจัด ,3 ถวาย ,4 ส. 9.มีฐานข้อมูลพระสงฆ์ สามเณรและผู้นำศาสนาทั้งหมดที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพและมีระบบการรายงานผลการคัดกรอง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ(Lab) และรายงานการถวายการดูแลตามความเสี่ยง 10. มีการพัฒนาโรงพยาบาล(รพท.รพร.) จัดบริการสำหรับพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย **การประเมินด้านกระบวนการระดับตำบล 20 คะแนน** 1. มีการตรวจและประเมินสุขภาพพระสงฆ์ ฯ ขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (คัดกรอง/ประเมินสุขภาพ /รายงานผลและ ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) 2. มีการวิเคราะห์ ข้อมูลพระสงฆ์ สามเณรและผู้นำทางศาสนา 3. มีการจัดทำแผนการพัฒนาผู้นำด้านสุขภาพประจำศาสนสถาน /มีผู้นำด้านสุขภาพประจำศาสนสถาน “ 1 ตำบล 1 ผู้นำด้านสุขภาพ” 4. มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลและประเมินวัดผ่านระบบโปรแกรม วัดส่งเสริมสุขภาพ ในเวปไซต์ https://healthtemple.anamai.moph.go.th 5. สุ่มเยี่ยมพระสงฆ์/วัดส่งเสริมสุขภาพ :วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 รูป/ 2 วัด 6. มีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์สามเณรและผู้นำทางศาสนา ประเมินตามเกณฑ์เป้าหมายตัวชี้วัด จำนวน 4 ข้อ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางจินตนา พลมีศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ 09 5613 8552 2. นางนวลจันทร์ บุญธรรม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ 08 4472 1515 E- mail : nuanchan.bt@gmail.com

แบบประเมิน พระสงฆ์ สามเณร และผู้นำศาสนาที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน ....

การประเมินกระบวนงาน

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
ระดับอำเภอ 60 คะแนน			
1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินโครงการถวายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ฯ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) □□( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่มีเอกสาร ( ) มีและเอกสารยืนยัน	0 คะแนน 1 คะแนน 2.5 คะแนน	
2	มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการฯ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) อย่างน้อย 2 ครั้ง / ปี (ครั้งที่1.ชี้แจง วางแผนปฏิบัติงานโครงการ ครั้งที่ 2.สรุปรายงานประเมินผลโครงการ) ( ) ไม่มี ( ) มีประชุม 1 ครั้ง ( ) มีประชุม 2 ครั้งขึ้นไป	0 คะแนน 1 คะแนน 2.5 คะแนน	
3	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์พระสงฆ์ฯ/ วัดส่งเสริมสุขภาพระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	0 คะแนน 1 คะแนน 2.5 คะแนน	
4	มีแผนปฏิบัติการ/ขับเคลื่อนการดำเนินโครงการถวายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีและดำเนินการแล้ว	0 คะแนน 1 คะแนน 2.5 คะแนน	

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
5	มีกิจกรรมตรวจสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร และผู้นำศาสนา ( ) ไม่มี ( ) มีกิจกรรม ( ) มีกิจกรรม และรายงานสรุปผลการตรวจสุขภาพ	 0 คะแนน 7 คะแนน 10 คะแนน	
6	มีผลการประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน อย่างน้อย รพ./รพ.สต.ละ 1 วัด และพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ 1 วัด/ 1 รพ. ,รพ.สต. ( ) ไม่มี ( ) มีวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านการประเมิน ระดับพื้นฐาน 1วัด/ รพ. รพ.สต. ( ) มีวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านการประเมิน ระดับ ก้าวหน้า ( ) วัดส่งเสริมสุขภาพผ่านการประเมิน ระดับ ยั่งยืน ( ) มีวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 วัด / รพ. รพ.สต.	 0 คะแนน 2.5 คะแนน 5 คะแนน 8 คะแนน 10 คะแนน	
7	มีการบริหารจัดการในการจัดกิจกรรม 1 อำเภอ 10 กิจกรรม /มีการพัฒนาศักยภาพอาสมัครประจำวัด (อสว.) จิตอาสาสร้างเสริมสุขภาพ 1 อำเภอ 10 กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ได้แก่ 1 ปลอด ,2 กำจัด ,3 ถวาย ,4 ส. ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม (กิจกรรมละ 1 คะแนน) ( ) มีครอบคลุมครบ 10 กิจตามเกณฑ์	 0 คะแนน 1-9 คะแนน 10 คะแนน	
8	มีฐานข้อมูลพระสงฆ์ สามเณรและผู้นำศาสนาทั้งหมดที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ และมีระบบการรายงานผลการคัดกรอง ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ(Lab) และผลการถวายการดูแลตามความเสี่ยง ( ) ไม่มี ( ) มีการตรวจสุขภาพ /รายงานคัดกรอง แต่ไม่มีรายงานผล Lab ( ) มีการตรวจสุขภาพ/รายงานคัดกรอง /ติดตามรายงานผล Lab ( ) มีครบถ้วน	 0 คะแนน 2.5 คะแนน 5 คะแนน 10 คะแนน	

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
9	มีระบบการส่งต่อพระสงฆ์ สามเณรและผู้นำศาสนา เข้ารับการดูแลในโรงพยาบาล(รพท./รพ.ร.) จัดบริการสำหรับพระสงฆ์อาพาธที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย ( ) ไม่มี ( ) มีระบบแต่ไม่มีการส่งต่อ ( ) มีระบบและมีการส่งต่อ	 0 คะแนน 5 คะแนน 10 คะแนน	
ระดับตำบล 40 คะแนน			
1	1. มีการตรวจและประเมินสุขภาพพระสงฆ์ ฯ ขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (คัดกรอง/ ประเมินสุขภาพ /รายงานผลและ ติดตามเยี่ยมกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย) ( ) ไม่มี ( ) มีผลการคัดกรองแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีผลการคัดกรองครอบคลุม	 0 คะแนน 3 คะแนน 5 คะแนน	
2	มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของพระสงฆ์ สามเณร ฯ ( ) ไม่มี ( ) มี	 0 คะแนน 5 คะแนน	
3	มีการจัดทำแผนการพัฒนาผู้นำด้านสุขภาพประจำศาสนสถาน /มีผู้นำด้านสุขภาพประจำศาสนสถาน “ 1 ตำบล 1 ผู้นำด้านสุขภาพ” ( ) ไม่มี ( ) มี แต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีการจัดทำแผนและบันทึกครอบคลุม	 0 คะแนน 2.5 คะแนน 5 คะแนน	
4	มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลและประเมินวัดผ่านระบบโปรแกรมทางเวปไซต์ https://healthtemple.anamai.moph.go.th ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ผ่านเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน ( ) มีผ่านเกณฑ์ ระดับก้าวหน้า ( ) มีผ่านเกณฑ์ ระดับยั่งยืน	 0 คะแนน 5 คะแนน 8 คะแนน 10 คะแนน	

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
5	มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลและพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์คุณภาพ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ผ่านเกณฑ์ ( ) มี ผ่านเกณฑ์	 0 คะแนน 2.5 คะแนน 5 คะแนน	
6	สุ่มเยี่ยมพระสงฆ์ฯ/วัดส่งเสริมสุขภาพ :วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 รูป/2วัด ( ) สุ่มสอบถามพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ 2 รูป ( ) สุ่มสอบถามพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ 2 รูป/ ตรวจประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพ 1 วัด ( ) สุ่มสอบถามพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ 4 รูป/ตรวจประเมินรับรองวัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ 1 วัด	 1 คะแนน 2.5 คะแนน 5 คะแนน	
7	มีนวัตกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์สามเณรและผู้นำทางศาสนา ( ) ไม่มี ( ) มี	 0 คะแนน 5 คะแนน	
	รวมคะแนน		

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**ประกันสุขภาพ**
ประเด็น	**การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)**
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**หน่วยบริการมีผลการวิเคราะห์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ระดับดีและดีมาก**
คำนิยาม/ความสำคัญ	**การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS)** หมายถึงการประเมินประสิทธิภาพหน่วยบริการเพื่อประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง **1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)** 1.1 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5% 1.2 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน 1.3 การบริหารจัดการ **2. ตัวชี้วัดผลลัพท์การดำเนินงาน** 2.1 ความสามารถในการทำกำไร 2.2 การวัดสภาพคล่องทางการเงิน
เกณฑ์เป้าหมาย : 1.หน่วยบริการมีผลการวิเคราะห์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score ระดับดีและดีมาก เกณฑ์ประสิทธิภาพ คะแนนเต็ม 15 คะแนน	

เกณฑ์ประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม 15 คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1.ตัวชี้วัดกระบวนการ (Process Indicators)		
1.1 การบริหารแผนทางการเงินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานผลต่าง บวกหรือลบไม่เกิน 5% (2 คะแนน)		
1.1.1 มิติรายได้	1.0	ไม่เกินแผนมากกว่า +/-5%
1.1.2 มิติค่าใช้จ่าย	1.0	ไม่เกินแผนมากกว่า +/-5%
1.2 การบริหารสินทรัพย์หมุนเวียนและหนี้สินหมุนเวียน (3 คะแนน)		
1.2.1 ระยะเวลาชำระเจ้าหนี้การค้ายา&เวชภัณฑ์มิใช่ยา ≤ 90 วัน หรือ ≤ 180 วัน	1.0	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 90 วัน (หรือน้อยกว่าหรือเท่ากับ180 วันกรณีรพ.ที่มี Cash Ratioน้อยกว่า 0.8)
1.2.2 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิ UC ≤60 วัน	0.5	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วัน
1.2.3 ระยะเวลาถัวเฉลี่ยในการเรียกเก็บหนี้สิทธิข้าราชการ ≤60 วัน	0.5	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วัน
1.2.4 การบริหารสินคงคลัง (Inventory Management) ≤ 60 วัน ยกเว้น รพ.พื้นที่เกาะ ≤ 90 วัน	1.0	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60 วัน

เกณฑ์ประสิทธิภาพ	คะแนนเต็ม 15 คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน

1.3 การบริหารจัดการ (5 คะแนน)		
1.3.1 การบริหารต้นทุนและค่าใช้จ่าย (2 คะแนน)		
1.3.1.1 Unit Cost for OP	1.0	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.2 Unit Cost for IP	1.0	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.3 LC ค่าแรงบุคลากร	0.5	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.4 MC ค่ายา	0.5	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.5 MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	0.5	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.1.6 MC ค่าเวชภัณฑ์มิใช่ยาและวัสดุการแพทย์	0.5	ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ.
1.3.2 คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น**(1คะแนน)**	1.0	ต้องผ่าน 100 %
1.3.3 ผลผลิต (Productivity) เป็นที่ยอมรับ **(2 คะแนน)**		
1.3.3.1 อัตราครองเตียงผู้ป่วยใน ≥ 80 %	1.0	มากกว่า80%หรือเพิ่มขึ้น 5%
1.3.3.2 Sum of AdjRW เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. หรือ เพิ่มขึ้น 5 %	1.0	มากกว่า80%หรือเพิ่มขึ้น 5%
2. ตัวชี้วัดผลลัพท์การดำเนินงาน (5 คะแนน)		
2.1 ความสามารถในการทำกำไร (3 คะแนน)		
2.1.1 ประสิทธิภาพในการดำเนินงาน (Operating Margin)	1.0	มากกว่าค่ากลางกลุ่ม รพ.
2.1.2 อัตราผลตอบแทนจากสินทรัพย์ (Return on Asset)	1.0	มากกว่าค่ากลางกลุ่ม รพ.
2.1.3 ผลกำไรขาดทุนก่อนหักค่าเสื่อม (EBITDA) ≥0	1.0	ผลกำไรเป็นบวก
2.2 การวัดสภาพคล่องทางการเงิน (2 คะแนน)		
2.2.1 ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital) ≥0	1.0	ทุนสำรองสุทธิเป็นบวก
2.2.2 Cash Ratio ≥0.8	1.0	มากกว่าหรือเท่ากับ 0.8
ผลรวมคะแนนการบริหารประสิทธิภาพ (Total Performance Score)	**15.0**	

เกณฑ์ประเมินผลด้านประสิทธิภาพและการแปรผล

คะแนน Total Performance Score	Grade	การแปลผล
≥ 12 คะแนน	A	ดีมาก
≥ 10.5 คะแนน แต่ < 12 คะแนน	B	ดี
≥ 9 คะแนน แต่ < 10.5 คะแนน	C	พอใช้
≥ 7.5 คะแนน แต่ < 9 คะแนน	D	ต้องปรับปรุง
< 7.5 คะแนน	F	ไม่ผ่าน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การประเมินในระบบข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	ประมวลผลในระบบ

เกณฑ์การประเมิน :

คะแนน	**0**	**0**	**0**	**12**	**15**
ผลงาน(หน่วยวัด)	**C-F**	**-**	**-**	**B**	**A**

ผู้ประสานงาน	1. ชื่อ : นางสิริพร พงศ์พัฒนโชติ เบอร์มือถือ : 086-8685-875 2. ชื่อ : นางสาวกชพร จันทร์เสละ เบอร์มือถือ : 081-5451-597 3. ชื่อ : นางเพ็ญแข สอาดยิ่ง เบอร์มือถือ : 089-7096-782 4. ชื่อ : นางจุฑารัตน์ แก้วคูณ เบอร์มือถือ : 080-4515-498

Ranking Template

กลุ่มงาน	**ประกันสุขภาพ**
ประเด็น	**การประเมินประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้มีคุณภาพ**
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	1. หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพระดับดีและดีมาก 2. หน่วยบริการมีผลงานการจัดเก็บรายได้ปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2566
คำนิยาม/ความสำคัญ	การประเมินประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้มีคุณภาพตามเกณฑ์การประเมิน 4S4C ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ระบบงาน บุคลากร การบันทึกข้อมูล การลงรหัส การเบิกจ่าย ครบถ้วนถูกต้อง ประเมินในระบบประมวลและออกประเมินที่หน่วยบริการ

เกณฑ์เป้าหมาย : 1. หน่วยบริการมีศูนย์จัดเก็บรายได้มีคุณภาพระดับดีและดีมาก

1. เกณฑ์การประเมินระบบจัดเก็บรายได้คุณภาพ (4 S 4 C) (72 คะแนน)

1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) (20 คะแนน)
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) (20 คะแนน)
3. มีระบบบุคลากรในศูนย์จัดเก็บรายได้ (Staff & skill) มีจำนวน และ ทักษะความสามารถของบุคลากรเหมาะสมตามระดับของ รพช. รพท. รพศ. (8 คะแนน)
4. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) (8 คะแนน)
5. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code) (8 คะแนน)
6. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน (8 คะแนน)

2. เกณฑ์การสุ่มประเมินหน่วยบริการที่มีศูนย์จัดเก็บรายได้คุณภาพ ในสิทธิเบิกจ่ายตรงกรมบัญชีกลาง (On Site Survey) (28 คะแนน)

1. มีโครงสร้างศูนย์จัดเก็บรายได้ (Structure) (6 คะแนน)
2. ระบบงานจัดเก็บในการเรียกเก็บทุกกองทุน (System) (8 คะแนน)
3. มีการบันทึกข้อมูลกิจกรรมการรักษา ครบถ้วน (Care) (8 คะแนน)
4. มีการบันทึกรหัส การรักษาพยาบาล ครบถ้วน และถูกต้อง (Code) (4 คะแนน)
5. ระบบเบิกจ่าย (Claim) ของแต่ละกองทุน (2 คะแนน)

แบ่งระดับดังนี้

คะแนน 91-100 คะแนน	= A ดีมาก
คะแนน 81-90 คะแนน	= B ดี
คะแนน 61-80 คะแนน	= C ปานกลาง
คะแนน 51-60 คะแนน	= D พอใช้
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50 คะแนน	= F ปรับปรุง

เกณฑ์เป้าหมาย : **2. หน่วยบริการมีผลงานการจัดเก็บรายได้ปีงบประมาณ 2567 เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 เปรียบกับปีงบประมาณ 2566**

รายได้หน่วยบริการ เงินโอนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567 เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ 2566 (ในห้วงเวลาเดียวกัน)

โดยประเมินข้อมูลเงินรับโอนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากรายงานการโอนเงินงบกองทุน Smart Money Transfer ทุกกองทุนย่อยเฉพาะด้าน ยกเว้นเงิน ส่วน CF , งบลงทุน , Covid 19 , OP PP เหมาจ่ายรายหัว และ PP Nonuc

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การประเมินในระบบข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2. การออกนิเทศงานเฉพาะกิจ กลุ่มงานประกันสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	1. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 3. ผลการประเมินในระบบและออกนิเทศงานเฉพาะกิจกลุ่มงานประกันสุขภาพ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	1. ตามระดับผลประเมิน 2. (ผลงานปี 2567 – ผลงานปี 2566) X 100 = ร้อยละผลงานที่เพิ่มขึ้น ผลงานปี 2566

เกณฑ์การประเมิน : 15 คะแนน

คะแนน (5)	**0**	**2**	**3**	**4**	**5**
1.ศูนย์จัดเก็บรายได้ (30%)	**-**	**D**	**C**	**B**	**A**
คะแนน (10)	**0**	**6-7.99**	**8-8.99**	**9-9.99**	**10**
2. ร้อยละเงินเพิ่ม (70%)	**< 6.00 %**	**6.00-7.99 %**	**8.00-8.99 %**	**9.00-9.99 %**	**≥ 10 %**

ผู้ประสานงาน	1. ชื่อ : นางสิริพร พงศ์พัฒนโชติ เบอร์มือถือ : 086-8685-875 2. ชื่อ : นางสาวกชพร จันทร์เสละ เบอร์มือถือ : 081-5451-597 3. ชื่อ : นางจริยา บุญทัย เบอร์มือถือ : 093-5395-512 4. ชื่อ : นายนพพร รากวงค์ เบอร์มือถือ : 093-5247-676

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**คุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข**
ประเด็น	**งานเภสัชกรรมปฐมภูมิตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา**
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**ระดับความสำเร็จการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา**
คำนิยาม/ความสำคัญ	**เป็นนโยบายหลักของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** ให้ โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัด ให้ดำเนินการพัฒนา**มาตรฐานความปลอดภัยด้านยา** หมายถึง การจัดการด้านความปลอดภัยด้านยา เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ กระทรวงสาธารณสุข และผู้รับบริการ ว่าโรงพยาบาลสามารถดำเนินการจัดการด้านยาที่ปลอดภัยเหมาะสมและได้ผลพร้อมทั้งการมียาที่มีคุณภาพสูงพร้อมใช้ สำหรับผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งหมด 4 มิติ และภายใต้แต่ละมิติประกอบไปด้วยมาตรฐานด้านต่างๆ14ข้อ ดังนี้ **มิติที่ 1ด้านการบริหารระบบยา** (1. การจัดการระบบด้านยา 2. โครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อม 3. ระบบข้อมูลที่เชื่อมโยง 4. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร) **มิติที่ 2 ด้านการบริการและบริบาลทางเภสัชกรรม** (5. การบริการจ่ายยาผู้ป่วยนอก 6. การบริการจ่ายยาผู้ป่วยใน 7. งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก 8. งานบริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยใน) **มิติที่ 3 ด้านการจัดการระบบยา** (9. การติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 10. การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล 11. งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ) และ **มิติที่ 4 ด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์** (12. การผลิตและเตรียมยา 13. การคัดเลือกยา 14. การจัดซื้อจัดหา 15. การบริหารคลังเวชภัณฑ์) ปี 2567 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้รพ.ทุกแห่งต้องมีผลประเมินตามเกณฑ์ ระดับที่ 3 ขึ้นไป ทั้ง 14 ข้อ จากผลประเมิน ปี พ.ศ.2566 โดยคณะทำงานพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยด้านยา จังหวัดยโสธร พบว่า ข้อ 11งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ระดับจังหวัด ผลงานระดับที่ 2.33 น้อยที่สุดจากทั้ง14ข้อ จึงได้กำหนดให้งานเภสัชกรรมปฐมภูมิจำเป็นต้องให้โรงพยาบาลทุกแห่งจัดทำโครงการพัฒนางาน โดย มีเป้าหมาย ดังนี้ 1.ให้โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบยา (Drug system management) ใน*เครือข่ายระบบสุขภาพปฐมภูมิ* อันจะส่งผลให้ประชาชนเกิดความปลอดภัยจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพอย่างสมเหตุผล 2. ผู้ป่วยเข้าถึงยาอย่างต่อเนื่องและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองและจัดการตนเองด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างถูกต้อง 3. ชุมชนมีความตระหนักรู้และพึ่งตนเองในการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย การดำเนินงานพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ตามเกณฑ์มาตรฐานความปลอดภัยด้านยาจะต้องดำเนินการแล้วทุกกิจกรรมในแต่ละระดับ จึงจะผ่านระดับถัดไปได้ รายละเอียดการประเมินดังตาราง **เกณฑ์ประเมินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้าน**

	ยา ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.๒๕๖๕ แนบท้ายนี้
เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกแห่ง ผ่านเกณฑ์การประเมิน 5 คะแนน โดย ต้องดำเนินการแล้วทุกกิจกรรมในแต่ละระดับ จึงจะผ่านระดับถัดไปได้	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจาก ผลประเมินตนเองตามมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา ผ่านระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา รอบ 6 เดือน : ใช้ข้อมูล ไตรมาส 1-2 รอบ 12 เดือน : ใช้ข้อมูลไตรมาส 3-4
	1. แบบลงทะเบียนการเข้าร่วมประชุม 2. ระบบรายงาน “ระบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา” จากส่วนกลาง ลิงก์ระบบรายงาน http:// http://phdb-service.moph.go.th/APP/PHARMACY/index.php/dashboard/news และผลประเมินโดยคณะทำงานพัฒนาความปลอดภัยด้านยา จังหวัดยโสธร 3. ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	ไม่มี

เกณฑ์การประเมิน :

คะแนน	1	2	3	4	5
ผลงาน(หน่วยวัด)	ดำเนินการ ระดับที่ 1	ดำเนินการ ระดับที่ 2	ดำเนินการ ระดับที่ 3	ดำเนินการ ระดับที่ 4	ดำเนินการ ระดับที่ 5

ผู้ประสานงาน	**ชื่อ : นายยอดชาย นามบรรเทิง** **เบอร์มือถือ :** 081 282 9372

เกณฑ์ประเมินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ตามแบบประเมินมาตรฐานความปลอดภัยด้านยา
ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.๒๕๖๕

ระดับ	งานเภสัชกรรมปฐมภูมิ	การดำเนินการ		หมายเหตุ (เอกสารแนบ/คำอธิบาย)
		ยังไม่ดำเนินการ/กำลังดำเนินการ	ดำเนินการแล้ว	
0	ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ การพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ			
1	มีคำสั่งแต่งตั้ง/มอบหมายเภสัชกรรับผิดชอบงานปฐมภูมิ และแผนการออกปฏิบัติงานในหน่วยปฐมภูมิ			
	มีแผนการอบรมเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานปฐมภูมิ			
	มีกรอบบัญชีรายการยาหน่วยบริการปฐมภูมิ รวมถึงยาช่วยชีวิต ตามศักยภาพของผู้สั่งใช้ยา			
	มีคู่มือ/แนวทางปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยด้านยาในหน่วยบริการปฐมภูมิ			
2	2.1 การส่งมอบยาและการบริการทางเภสัชกรรม			
	มีการส่งมอบยาให้ผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเหมาะสม			
	มีแนวทางการเฝ้าระวังการเกิดความคลาดเคลื่อนทางยา			
	มีแนวทางการเฝ้าระวังการใช้ยาใน ผู้ป่วยแพ้ยา และผู้ที่ใช้ยาเสี่ยงสูง เช่น Warfarin			
	มีแนวทางการใช้ยา และเครื่องมือสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในผู้ใช้ยากลุ่มเป้าหมาย[1]			
	2.2 การจัดการระบบยาที่หน่วยบริการปฐมภูมิ			
	มีการจัดเก็บยาและเวชภัณฑ์เป็นไปตามมาตรฐาน			
	ตู้เย็นเก็บยาและวัคซีนเป็นไปตามมาตรฐาน			
	ควบคุมและการเบิกจ่ายเวชภัณฑ์เป็นไปตามระเบียบที่เกี่ยวข้อง			
	สำรองยาและเวชภัณฑ์เพียงพอ มีระบบควบคุมยาหมดอายุ			
	2.3 การบริบาลเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิ			
	ให้การบริบาลเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยส่งต่อจากโรงพยาบาล			
	ให้การบริบาลเภสัชกรรมผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้าน[2]			
	มีระบบการจัดการยาเดิมของผู้ป่วย (Medical Reconciliation)			
	2.4 การส่งเสริมศักยภาพประชาชน ครอบครัว ชุมชน			
	มีกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแก่ครอบครัว			
	มีกิจกรรมส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในชุมชน			
3	ผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ RDU ได้แก่ การใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจและ โรคท้องร่วงเฉียบพลัน ไม่เกินร้อยละ 20			
	มีผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนทางยา และป้องกันการแพ้ยาซ้ำ			
	มีผลลัพธ์การจัดการคลังเวชภัณฑ์ผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาว/ ตรวจสอบภายใน			
	มีรายงานผลสรุปการสำรวจและให้คำแนะนำร้านชำอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง			
	มีกิจกรรมที่แสดงให้เห็นว่ามี Home pharm care หรือ Community pharm care			
	มีการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมเชิงรุกที่สอดคล้องกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง เช่น ภาวะโรคระบาด โดยการทำ Tele pharmacy, ระบบกระจายยา Home Isolation			
	มีแนวทางในการดำเนินการเพื่อผู้ป่วย NCD มีผลลัพธ์การรักษาที่ดี และมีความปลอดภัยจากการใช้ยา			
4	มีผลลัพธ์ในการดำเนินการเพื่อผู้ป่วย NCD มีผลลัพธ์การรักษาที่ดี และมีความปลอดภัยจากการใช้ยา			
	ไม่พบปัญหายาหมดอายุ ยาขาดจ่ายให้ผู้ป่วย และยาเหลือใช้จนไม่สามารถนำกลับมาใช้ต่อได้			
	มีผลลัพธ์การพัฒนาระบบยาที่ตอบสนองต่อบริบทที่เปลี่ยนแปลง เช่น การทำ Tele pharmacy, ระบบกระจายยา Home Isolation			
	มีโครงการการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเรื่องยา เช่น ความรอบรู้เรื่องยา			
5	มีการดำเนินกิจกรรมในรูปแบบโครงการ วิจัย นวัตกรรม ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ระดับอำเภอ			
	เภสัชกรที่ปฏิบัติงานปฐมภูมิอย่างน้อยร้อยละ 80 ผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ที่สภาเภสัชกรรมให้การรับรอง			
	หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่รับผิดชอบผ่านเกณฑ์รพ.สต.ติดดาวในหมวดเภสัชกรรม			
	ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ มีศักยภาพในการดูแลตนเองในเรื่องยา และสุขภาพได้ดีขึ้น			

<table>
<tr><th colspan="3">Ranking Template</th></tr>
<tr><td>กลุ่มงาน</td><td colspan="2">อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</td></tr>
<tr><td>ประเด็น</td><td colspan="2">๑.) สถานบริการสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge และ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital</td></tr>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)</td><td colspan="2">ร้อยละของสถานบริการการสาธารณสุขที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)
2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม/ความสำคัญ</td><td colspan="2">1. สถานบริการการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล (รพ.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกสังกัด
2. โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช.) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้
<table>
<tr><td colspan="2">ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ 1-13 ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน 80% ขึ้นไป)</td></tr>
<tr><td>หมวด CLEAN
สร้างกระบวนการพัฒนา</td><td>1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td></tr>
<tr><td rowspan="3">หมวด G: Garbage
การจัดการมูลฝอยทุกประเภท</td><td>2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr>
<tr><td>3. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr>
<tr><td>4. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะ ตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545</td></tr>
<tr><td rowspan="2">หมวด R: Restroom
การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล</td><td>5. มีการพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)</td></tr>
<tr><td>6. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	7. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบัน และเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
	หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	8. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างคาวมรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
		9. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหารการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล	10. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
		11.ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. 2561 (4 หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล
		12. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
		13. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด **(คะแนน 90% ขึ้นไป)**	
	หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและงานวิจัยด้าน GREEN	14. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการพัฒนาด้าน GREEN	15. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
	ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ 1-15 ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย **เลือกจำนวน 1 ด้าน**	
	1. การจัดการของเสียทางการแพทย์ 2. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ 3. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป)	

4. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)

3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในทุกสังกัด ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนา GREEN & CLEAN รพ.สต.	
หมวด 1 CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของทุกคนใน รพ.สต.
หมวด 2 G: Garbage การจัดการมูลฝอยทุกประเภท	2. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. 2560 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	3. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	4. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. 2563 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
หมวด 3 R: Restroom การพัฒนาส้วมตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล	5. มีการพัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐาน และมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ
	6. เป็นแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการพัฒนาส้วมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน
หมวด 4 E: Energy การจัดการด้านพลังงานและทรัพยากร	7. มีมาตรการประหยัดพลังงานและการจัดการทรัพยากรที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
หมวด 5 E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.	8. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร สะอาด เป็นระเบียบ มีพื้นที่สีเขียวหรือพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น มีความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้มารับบริการ
	9. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในอาคารสะอาด สะดวก ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการ
	10. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) การส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร

	หมวด 6 N: Nutrition การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดโรคปลอดภัยและเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน	11. ส่งเสริมโภชนาการและสร้างความรอบรู้ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่เหมาะสมกับท้องถิ่นและชุมชน
		12. จัดให้มีบริการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด เพียงพอ
		13. การสร้างแหล่งเรียนรู้ด้านอาหารปลอดภัยในชุมชน
	ส่วนที่ 2 การพัฒนา GREEN Community	
	หมวด 7 การพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	14. การส่งเสริมการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
	การสรุปผลการประเมิน*	
	1. **ระดับมาตรฐาน**	หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 80 คะแนนขึ้นไป
	2. **ระดับดี**	หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 และมีคะแนนรวม 90 คะแนนขึ้นไป
	3. **ระดับดีเยี่ยม**	หมายถึง มีผลการประเมินหมวด 1-6 หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 มีคะแนนรวม 95 คะแนนขึ้นไป และดำเนินการตามหมวด 7
	* กรณีที่ ผลการประเมินแต่ละหมวดไม่ถึงร้อยละ 80 และคะแนนไม่ถึง 80 คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านการประเมิน	

เกณฑ์เป้าหมาย :

๑.๑ รพท./รพช.ทุกแห่ง พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป

๑.๒ รพ.สต. ร้อยละ 40 พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย

	4. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกข้อมูลรวมถึงอนุมัติผลการประเมินยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ไปยังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย 5. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ 1 ครั้ง ทุกวันที่ 25 ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ 1 ครั้ง
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกสังกัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	**รายการข้อมูล 1** A1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดยโสธรที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป A2 = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดจังหวัดยโสธรที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป **รายการข้อมูล 2** B1 = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัดยโสธร B2 = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกสังกัดในจังหวัดยโสธร **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** 1. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) = (A1/B1) X 100 2. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) = (A2/B2) X 100

เกณฑ์การประเมิน :

รายการตรวจสอบ	คะแนน
1. มีแผนการขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital (คะแนนเต็ม 1)	
1.1 โรงพยาบาล	0.5
1.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	0.5
2. การสมัครประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Hospital (คะแนนเต็ม 2)	
2.1 โรงพยาบาลมีการสมัครประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	1
2.2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการสมัครประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital	
2.2.1 สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ 40 และ/หรือ สังกัด อบจ. อย่างน้อยร้อยละ 40	1
2.2.2 สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ 40 และ สังกัด อบจ. ต่ำกว่าร้อยละ 40	0.75

3. ผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (คะแนนเต็ม 2)	2
3.1 โรงพยาบาลผ่านการรับรอง GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	1
3.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการรับรอง GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป	
2.2.1 สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ 40 และ/หรือ สังกัด อบจ. อย่างน้อยร้อยละ 40	1
2.2.2 สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ 40 และ สังกัด อบจ. ต่ำกว่าร้อยละ 40	0.75

ผู้ประสานงาน	1. นางนารถฤดี กุลวิเศษณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 08 7514 6841 2. นายชาญชัย เสี้ยวทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 08 7645 9050 3. นางสาวปาริชาติ จำนงการ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ : 09 7248 5353

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย**
ประเด็น	**๒) การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข**
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	**ตัวชี้วัดตาม พ.ร.บ.งบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กรมควบคุมโรค ผลผลิตที่ 6 พัฒนาระบบเฝ้าระวังสุขภาพและมลพิษสิ่งแวดล้อม** **1) ตัวชี้วัด ACT0601_2: ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท. รพช.M2) มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด** **2) ตัวชี้วัด ACT0601_3 : ร้อยละของหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพ.สต.) มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด**
คำนิยาม/ความสำคัญ	**โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป และ โรงพยาบาลชุมชน (M2)** อ้างอิงข้อมูลจากกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(เว็บไซต์ http://203.157.10.8/hcode_2020/p_export.php) **รพ.สต.** อ้างอิงจากกองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามเว็บไซต์ (http://203.157.10.8/hcode_2020/p_export.php) **การจัดบริการอาชีวอนามัย/อาชีวเวชกรรม** หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยเพื่อให้ผู้ประกอบอาชีพกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มแรงงานในระบบ กลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มบุคลากรด้านสุขภาพได้รับการจัดบริการที่มีคุณภาพ มีสุขภาพอนามัยที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยโดยกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน การบริหารจัดการความเสี่ยง การตรวจสุขภาพ การคัดกรองและวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนกลับเข้าทำงานเมื่อเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บ การสื่อสารความเสี่ยง การให้อาชีวสุขศึกษา การให้คำปรึกษาทั้งทางด้านสุขภาพ กฎหมายที่เกี่ยวข้อง การประสานหน่วยงานอื่น ๆ ในพื้นที่เพื่อการดำเนินงานอาชีวอนามัยเป็นต้น โดยแบ่งการจัดบริการอาชีวอนามัย ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่1) การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรับ คือการจัดบริการอาชีวอนามัยภายในหน่วยบริการสุขภาพ และ 2) การจัดบริการอาชีวอนามัยเชิงรุก คือการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานประกอบการ/สถานที่ทำงานภายนอกหน่วยบริการสุขภาพ **การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** หมายถึง กิจกรรมที่ดำเนินงานโดยบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ได้รับการดูแลสุขภาพมีการจัดบริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับที่มุ่งเน้นด้านการป้องกันโรคจากสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยที่ดี อยู่ใน

	สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยโดยกิจกรรมหลักในการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก ดังต่อไปนี้ 1) การประเมินความเสี่ยง 2) การเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากสิ่งแวดล้อม 3) การวินิจฉัยรักษา 4) การบริหารจัดการ และ 5) การสนับสนุนเพื่อการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เน้นประเด็นปัญหาสำคัญ3ประเด็น ได้แก่ ปัญหาสารเคมีและสารอันตรายที่มีผลกระทบต่อชุมชน เช่น จากสถานประกอบการ กรณีเหมืองเก่า/เหมืองใหม่ ปัญหามลพิษจากขยะฯลฯ ปัญหามลพิษทางอากาศ เช่น ปัญหาหมอกควัน ปัญหากรณีโรงไฟฟ้าถ่านหิน โรงไฟฟ้าชีวมวล ฯลฯปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต เช่น มลพิษภาคอุตสาหกรรมในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรม พื้นที่เขตเศรษฐกิจพิเศษ ฯลฯ **มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** หมายถึง มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่กรมควบคุมโรคกำหนด ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบคือ องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล/ รพ.สต. องค์ประกอบที่ 3 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุก แก่ผู้ประกอบอาชีพภายนอก องค์ประกอบที่ 4 การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และองค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมมาตรฐานฯ สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน/ รพ.สต. **การผ่านมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม** หมายถึง โรงพยาบาล/ รพ.สต. มีการดำเนินงานและผ่านการรับรองตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใบรับรองตั้งแต่ปี 2566 มีอายุ 3 ปี
เกณฑ์เป้าหมาย : **1) ร้อยละ 100 ของ รพท./รพช. ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป** **2) ร้อยละ 100 ของ หน่วยบริการ ที่สิ้นอายุการรับรอง ได้รับการประเมินต่ออายุรับรอง** **3) รพ.สต. ร้อยละ 25 ในพื้นที่อำเภอ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่ ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป**	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. รพท. รพช. รพ.สต. แจ้งสมัครเข้ารับการประเมินมาตรฐานฯ ไปยัง สสอ. และแจ้งให้ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.ยโสธร 2. หน่วยบริการทุกระดับ จัดเตรียมข้อมูลและประเมินคะแนนตนเอง ส่งเอกสารให้ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สสจ.ยโสธร เพื่อตรวจสอบเอกสารก่อนบันทึกในระบบประเมินออนไลน์ 3. หน่วยบริการทุกระดับ ประเมินตนเองตามเกณฑ์ในระบบประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมออนไลน์ 4. สสจ. สคร. ตรวจสอบ ประเมินการดำเนินงานของหน่วยบริการ และให้ข้อเสนอแนะ

<table>
<tr><td></td><td>5. สคร. รับรองผลการดำเนินงานของหน่วยบริการ ตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด และรวบรวมข้อมูลส่ง สถาบันราชประชาสมาสัย เพื่อรายงานผลการดำเนินงานในภาพรวมประเทศ</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>1. รพท. รพช. รพ.สต. สสอ. 2. สสจ.</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)</td><td>ร้อยละ รพท./ รพช. ร้อยละ 100
รพ.สต. ร้อยละ 25 มีสูตรคำนวณ ดังนี้
<table>
<tr><td>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</td><td>(A/B) x 100</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 1</td><td>A = จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ (รพ.สต.) มีการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป ตามแนวทาง/มาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกำหนด</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูล 2</td><td>B = จำนวนหน่วยบริการสุขภาพ (รพ.สต.) ทั้งหมด</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

เกณฑ์การประเมิน :

รายการตรวจสอบ	คะแนน
1. มีแผนการขับเคลื่อนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (คะแนนเต็ม 1)	
1.1 โรงพยาบาล	0.5
1.2 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	0.5
2. การสมัครเข้ารับการประเมินรับรองการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (คะแนนเต็ม 2)	
2.1 โรงพยาบาลมีการสมัครต่ออายุการรับรอง	1
2.2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการสมัครประเมินมาตรฐาน	
2.2.1 สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ 25 และ/หรือ สังกัด อบจ. อย่างน้อยร้อยละ 25	1
2.2.2 สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ 25 และ สังกัด อบจ. ต่ำกว่าร้อยละ 25	0.75
3. ผลการประเมินรับรองการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (คะแนนเต็ม 2)	
3.1 โรงพยาบาลผ่านการรับรองการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับขึ้นไป	1
3.2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการรับรองการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมระดับเริ่มต้นพัฒนาขึ้นไป	
2.2.1 สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ 25 และ/หรือ สังกัด อบจ. อย่างน้อยร้อยละ 25	1
2.2.2 สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ 25 และ สังกัด อบจ. ต่ำกว่าร้อยละ 25	0.75

ผู้ประสานงาน	1. นางนารถฤดี กุลวิเศษณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : 08 7514 6841 2. นายวงศกร อังคะคำมูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : 08 1660 2974

Ranking Template

กลุ่มงาน	การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ประเด็น	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพร
น้ำหนัก 15 คะแนน	
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	ร้อยละมูลค่าการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ 3
คำนิยาม/ความสำคัญ	มูลค่าการใช้ยาสมุนไพร หมายถึง จำนวน(บาท)ของผู้ให้บริการสั่งยาจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42
เกณฑ์เป้าหมาย : -	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม (Service/Person/Drug_opd/Drug_ipd)
รายการข้อมูล1	A1 = มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุข ในจังหวัด ปี 2567
รายการข้อมูล2	A2 = มูลค่าการใช้ยาสมุนไพรในสถานพยาบาลสาธารณสุข ในจังหวัด ปี 2566
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	(A1-A2 / A2) x 100

เกณฑ์การประเมิน :

3 เดือน	6 เดือน	9 เดือน	12 เดือน
1. มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 2. มีรายการยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 2 รายการ	1. มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 2. มีรายการยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 2 รายการ 3. มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 1	1. มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 2. มีรายการยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 2 รายการ 3. มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 2	1. มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 2. มีรายการยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 2 รายการ 3. มีมูลค่าการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มขึ้นร้อยละ 3

ผู้ประสานงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4571-2234 โทรสาร : - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร	หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ โทรศัพท์มือถือ : 093-125-6995 E-mail : wichian.chanachai@gmail.com

เกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (Ranking)

จ.ยโสธร ปีงบประมาณ 2567

รายละเอียด

1. การประเมินกระบวนงาน

เกณฑ์พิจารณา	ระยะเวลาผลงาน	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
1. มีนโยบายส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบัน 2. มีรายการยาสมุนไพรแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 2 รายการ	6 เดือน , 12 เดือน	ครบ 2 ข้อ = 10 คะแนน ได้ 1 ข้อ = 5 คะแนน ไม่ได้ทำ = 0 คะแนน	

2. การประเมินผลลัพธ์

ตัวชี้วัด	เกณฑ์คะแนน					
	น้อยกว่าเท่ากับ 0 (0 คะแนน)	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 0.5 (1 คะแนน)	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1 (2 คะแนน)	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 2 (3 คะแนน)	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 3 (4 คะแนน)	มากกว่าร้อยละ 3 (5 คะแนน)
ร้อยละมูลค่าการสั่งจ่ายยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น						

Ranking Template	
กลุ่มงาน	**ศูนย์อุบัติเหตุและงานการแพทย์ฉุกเฉิน**
ประเด็น	**ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินคุณภาพ (Emergency Care System : ECS)**
ชื่อตัวชี้วัด (ถ้ามี)	**ร้อยละของระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินคุณภาพ**
คำนิยาม/ความสำคัญ	**ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency Care System : ECS)** หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุกพลภาพที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ ประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิดเหตุ (prevention) การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre-hospital care) ต่อเนื่องถึงการดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER) การดูแลในโรงพยาบาล (In-hospital care) การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care) การส่งต่อ (Referral System) รวมถึง การจัดระบบบริบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และการเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Disaster preparedness & Hospital preparedness for Emergency) การเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินหมู่ **การพัฒนาตัวชี้วัดระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินคุณภาพ เน้นวัดใน 3 ส่วนคือ** มิติที่ 1 มิติการบริการและนโยบาย หมายถึง การประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหารเกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้นในประเด็นความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการ คือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยามจากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานด้านการรักษาของโรงพยาบาลระดับต่างๆ จัดทำโดยกรมการแพทย์โดยความร่วมมือกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย)
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 70
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลทั้ง 9 แห่ง ในภาพรวมทั้ง 12 องค์ประกอบ <u>รอบ 6 เดือน</u> : ใช้ข้อมูล ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2566 – 30 มีนาคม 2567 <u>รอบ 12 เดือน</u> : ใช้ข้อมูล ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2566 – 31 สิงหาคม 2567
แหล่งข้อมูล	1. จากข้อมูลการประเมินตนเองด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกแห่ง (Internal survey) 2. จากข้อมูลผู้รับผิดชอบงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรเป็นผู้ประเมินและรวบรวมข้อมูลการประเมินด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลทุกแห่ง

เกณฑ์การประเมินผล	ปี 2567 : โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70 **<u>รอบ 6 เดือน</u>** (ตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567) 1. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล พร้อมกำหนดบุคลากรที่รับผิดชอบชัดเจน 2. มีการประชุมชี้แจงคณะกรรมการ พร้อมกับมีการชี้แจงแนวทางการพัฒนา ECS คุณภาพในองค์กร 3. บุคลากรทุกระดับและทีมสนับสนุน ECS คุณภาพ ได้รับการอบรมตามหลักสูตร อาทิ ICS/HOPE/MERT/Mini MERT/CLS 4. เครือข่าย ECS ทุกมิติของโรงพยาบาลมีส่วนร่วมการประเมิน วิเคราะห์ สังเคราะห์ และดำเนินการตามแนวทางพัฒนา ECS คุณภาพของโรงพยาบาล **<u>รอบ 12 เดือน</u>** (ตุลาคม 2566 - สิงหาคม 2567) 5. โรงพยาบาลแต่ละแห่งมีแผนรองรับ “ภัยสุขภาพด้านต่างๆ” และมีการฝึกซ้อมตามแผนฯ ตลอดจนประเมินประสิทธิภาพของหน่วยงาน ณ จุดเกิดเหตุ ที่เชื่อมกับ ER คุณภาพอย่างไร้รอยต่อและมีประสิทธิภาพ 6. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70

เกณฑ์การประเมิน :

คะแนน	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
ผลงาน(ร้อยละ)	≤ ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	≥ ร้อยละ 90

ผู้ประสานงาน	**1.** นางเบญจรัตน์ โพธิ์ศรี **เบอร์มือถือ :** 08 5147 6185 **2.** นายทรงฤทธิ์ ธารีราช **เบอร์มือถือ :** 08 7957 1957

ภาคผนวก

คะแนนและน้ำหนักรายตัวชี้วัด

ประเด็นที่	ประเด็น/ตัวชี้วัด	คะแนน	น้ำหนัก(ร้อยละ)
1	1. รพ.อัจฉริะ	14	3.684
2	2. PMQA	3	0.789
3	3. ความถูกต้องของการเขียนโครงการ	8	2.105
4	1. คุณภาพรายงานการเงิน	10	2.632
5	2. ITA	10	2.632
6	1. องค์การสมรรถนะสูง	15	3.947
7	2.care D plus	15	3.947
8	1. ฟันเทียม พระราชทานฯ	13	3.421
9	2. รากฟันเทียม พระราชทานฯ	13	3.421
10	3. อัตราเด็ก 6-12 ปี ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้	7	1.842
11	4. อัตราเด็ก 3-5 ปี ได้รับการเคลือบ/ทา ฟลูออไรค์	7	1.842
12	1. วัณโรค	15	3.947
13	2. EPI พื้นฐาน	10	2.632
14	1. การป้องกันควบคุมโรค ncd	25	6.579
15	2. การป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและยาเสพติด	20	5.263
16	1. พชอ.	18	4.737
17	2. PCU/NPCU (เบาหวาน)	19	5.000
18	3. HA	3	0.789
19	1. ส่งเสริมการมีบุตร	17	4.474
20	2. พัฒนาการเด็ก & IQ	18	4.737
21	3. ผู้สูงอายุ	18	4.737
22	4. พระสงฆ์	12	3.158
23	1. ประสิทธิภาพการบริหารจัดการการเงินการคลังหน่วยบริการ (TPS)	15	3.947
24	2. ประสิทธิภาพจัดเก็บรายได้	15	3.947
25	1. ความปลอดภัยด้านยา	15	3.947

ประเด็นที่	ประเด็น/ตัวชี้วัด	คะแนน	น้ำหนัก(ร้อยละ)
26	1. Green&Clean Hospital Challenge และ Green&Clean Sub-district Health Promoting Hospital	**10**	**2.632**
27	2. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับหน่วยบริการสาธารณสุข	**10**	**2.632**
28	การใช้สมุนไพร	**15**	**3.947**
29	คุณภาพบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	**10**	**2.632**
รวม		**380**	**100**