รายละเอียดตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศก้าวสู่ Thailand ๔.๐ โดยแผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้กำหนดเป้าหมาย คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศใน ๔ ด้าน คือ ๑) ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) ๒)ยุทธศาสตร์บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ๓)ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ ๔) แผนยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

ในการนี้เพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมาย คือ “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน” สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด และเครือข่ายสุขภาพในระดับตติยภูมิ ทุติยภูมิ และปฐมภูมิ จึงได้ร่วมกันจัดทำแผนยุทธศาสตร์และรายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ ภายใต้กรอบ ๑๔ แผนงาน ๔๔ โครงการ และ ๘๕ ตัวชี้วัด เพื่อให้การกำกับ ติดตามผลการดำเนินงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลและตัวชี้วัดดังกล่าวให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และขอขอบคุณกลุ่มฝ่าย/ฝ่าย/งาน ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งที่ให้ความร่วมมือในการจัดทำคู่มือเล่มนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ตุลาคม ๒๕๖๐

สารบัญ

		หน้า
คำนำ		ก
	แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔	๑
	ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)	
	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย	
ตัวชี้วัดที่ ๑	อัตราส่วนการตายมารดา	๒๐
ตัวชี้วัดที่ ๒	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	๒๑
ตัวชี้วัดที่ ๓	ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๒๓
ตัวชี้วัดที่ ๔	ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	๒๕
ตัวชี้วัดที่ ๕	เด็กอายุ ๐ – ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ	๒๗
ตัวชี้วัดที่ ๖	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕–๑๙ ปี ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	๒๙
ตัวชี้วัดที่ ๗	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๓๐
	แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	
ตัวชี้วัดที่ ๘	ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ District Health Board (DHB) ที่มีคุณภาพ...	๓๒
	แผนงานที่ ๓ การป้องกันและควบคุมโรค	
ตัวชี้วัดที่ ๙	ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์มาตรฐาน	๓๔
ตัวชี้วัดที่๑๐	ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	๓๗
ตัวชี้วัดที่๑๑	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	๔๐
ตัวชี้วัดที่๑๒	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	๔๒
ตัวชี้วัดที่๑๓	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	๔๓
ตัวชี้วัดที่๑๔	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารสดที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานและความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด	๔๕
	แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ตัวชี้วัดที่๑๕	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย	๔๘
	ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	
	แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)	
ตัวชี้วัดที่๑๖	ความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)	๕๐
	แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	
ตัวชี้วัดที่๑๗.๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	๕๒
ตัวชี้วัดที่๑๗.๒	ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้**ดี**	๕๓
ตัวชี้วัดที่๑๘	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๕๔

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ตัวชี้วัดที่๑๙	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์ (RDU)	๕๕
ตัวชี้วัดที่๒๐	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	๕๗
ตัวชี้วัดที่๒๑	อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง	๕๘
ตัวชี้วัดที่๒๒	อัตราตายด้วยโรคมะเร็ง	๕๙
ตัวชี้วัดที่๒๒.๑	ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	๕๙
ตัวชี้วัดที่๒๒.๒	อัตราตายจากมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี ลดลง	๖๒
ตัวชี้วัดที่๒๒.๓	อัตราตายจากมะเร็งปอดลดลง.....	๖๔
ตัวชี้วัดที่๒๓	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ml/min/๑.๗๓ m^2/yr	๖๖
ตัวชี้วัดที่๒๔	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (remission)	๖๘
ตัวชี้วัดที่๒๕	ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการการดูแลระดับกลาง (Intermediate care)	๗๐
	แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	
ตัวชี้วัดที่๒๖	ร้อยละ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล	๗๒
	แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ	
ตัวชี้วัดที่๒๗	อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๗๓
	แผนงานที่ ๙ : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร	
ตัวชี้วัดที่๒๘	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเมืองสมุนไพร (Herbal Litf)	๗๕
	ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	
	แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ	
ตัวชี้วัดที่ ๒๙	ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	๗๗
ตัวชี้วัดที่๓๐	ความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างสุขของคนทำงาน	๘๑
ตัวชี้วัดที่๓๑	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๘๓
	ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	
	แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	
ตัวชี้วัดที่๓๒	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม	๘๕
ตัวชี้วัดที่๓๓	ระดับความสำเร็จของการพัฒนา รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ.....	๘๗
	แผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	
ตัวชี้วัดที่๓๔	อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย	๘๙
ตัวชี้วัดที่๓๕	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ	๙๐
	แผนงานที่ ๑๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ	
ตัวชี้วัดที๓๖	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๙๑
ตัวชี้วัดที่๓๗	ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินไม่อยู่ในระดับ ๕ – ๗	๙๒
	แผนงานที่ ๑๔ การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ	
ตัวชี้วัดที่๓๘	ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	๙๕

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔

วิสัยทัศน์ : “ประชาชนชาวร้อยเอ็ดมีสุขภาพดี ด้วยวิถีแห่งความพอเพียง”

๑.พันธกิจ

๑.พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเข้มแข็ง
๒.พัฒนาระบบบริการสุขภาพทุกระดับให้ได้คุณภาพตามมาตรฐาน
๓.พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

๒.ค่านิยม

ROIET+

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

๓.วัฒนธรรมองค์กร

ทำงานเป็นทีม สร้างเครือข่ายแห่งการเรียนรู้ เคารพเชิดชูผู้ใหญ่ ร่วมใจสามัคคี เป็นต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพ

๔.เป้าประสงค์ (Ultimate Goals)

ภายในสิบปีข้างหน้าประชาชนชาวร้อยเอ็ดสุขภาพดี โดยมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด ไม่น้อยกว่า ๘๐ ปี อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่น้อยกว่า ๗๒ ปี

๕.เป้าหมาย (Goals)

ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

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

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าหมายการพัฒนา
<u>ยุทธศาสตร์ที่ ๑</u> ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(Promotion, Prevention & Protection Excellence)	๑) ประชาชนทุกกลุ่มวัยมีสุขภาพดีตามเกณฑ์ ๒) มีระบบป้องกัน ควบคุมโรค ระบบเฝ้าระวังโรคที่สามารถตอบสนองได้ทันทีและมีประสิทธิภาพ ๓) มีระบบคุ้มครองผู้บริโภคที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีระบบการบริการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน ๕) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค

๖.ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue) และ เป้าประสงค์ (Goals)(ต่อ)

ประเด็นยุทธศาสตร์	เป้าหมายการพัฒนา
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)	๑) มีหมอครอบครัวดูแลประชาชนทุกครัวเรือน ๒) มีระบบบริการสุขภาพที่ได้คุณภาพมาตรฐาน ๓) มีระบบการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ๔) มีเครื่องมือและเทคโนโลยีทางการแพทย์ทันสมัยและสามารถแข่งขันได้ในระดับสากล ๕) มีความร่วมมือทั้งระหว่างหน่วยงานภายในประเทศและหน่วยงานต่างประเทศโดยเฉพาะในการป้องกันและรักษาโรคที่มีความสำคัญ
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)	๑) วางแผนอัตรากำลังให้สอดคล้องกับกรอบความต้องการอัตรากำลังคนของประเทศ ๒) กระจายสัดส่วนบุคลากรสุขภาพทั้งในเขตเมืองและชนบทให้มีความสมดุลกัน ๓) ธำรงรักษากำลังคนด้านสุขภาพ
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)	๑) วางรากฐานให้ระบบหลักประกันสุขภาพครอบคลุมประชากรในทุกภาคส่วนอย่างมีคุณภาพโดยไม่มีความเหลื่อมล้าของคุณภาพบริการในแต่ละระบบ ๒) มีการบูรณาการข้อมูลระหว่างทุกระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ ๓) สร้างและพัฒนากลไกการดุลด้านการเงินการคลังสุขภาพ ๔) มีระบบเทคโนโลยีดิจิตอลด้านสุขภาพ ๕) มีการทำวิจัยและนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์และสร้างนวัตกรรมใหม่ๆ

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๑

ตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาสุขภาพจังหวัดร้อยเอ็ด ปี ๒๕๖๐-๒๕๖๔

ลำดับ	ยุทธศาสตร์	แผนงาน	โครงการ	จำนวนตัวชี้วัด	น้ำหนัก
๑.	**ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ**				
	(PP&P Excellence)	**๔**	**๑๒**	**๑๕**	**๕๐**
๒.	**บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)**	**๕**	**๒๒**	**๑๓**	**๒๕**
๓.	**บุคลากรเป็นเลิศ(People Excellence)**	**๑**	**๓**	**๓**	**๑๐**
๔.	**บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล(Governance Excellence)**	**๔**	**๗**	**๗**	**๑๕**
	รวม	**๑๔**	**๔๔**	**๓๘**	**๑๐๐**

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	หน่วยวัด	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)								
แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย								
๑.อัตราส่วนการตายมารดา	๕	อัตรา	≤๑๕	๑๖	๑๕.๕	๑๕	๑๔.๕	๑๔
๒.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี								
มีพัฒนาการสมวัย	๕	ร้อยละ	๙๕	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗
๓.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปีมีส่วนสูง								
ระดับดีและรูปร่างสมส่วนและส่วนสูง								
เฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี	๓	ร้อยละ	๕๗	๕๕	๕๖	๕๗	๕๘	๕๙
๔.ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	๔	ร้อยละ	๗๐	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	๗๑
๕.เด็กอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ	๓	ร้อยละ	๖๔	๕๖	๕๘	๖๐	๖๒	๖๔
๖.อัตราการคลอดมีชีพในหญิง								
อายุ๑๕-๑๙ ปี ไม่เกิด ๕๐ ต่อประชากร								
หญิง ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน	๓	อัตรา	≤๔๒	๔๕	๔๐	๓๕	๓๐	๒๕
๗.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริม								
สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว								
(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	๕	ร้อยละ	๘๐	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
แผนงานที่ ๒ การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ								
๘.ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ								
ชีวิตอำเภอ (District Health Board)								
(DHB) ที่มีคุณภาพ	๓	ร้อยละ	๖๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
๙.ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการคุณภาพ								
ชีวิตตามเกณฑ์มาตรฐาน	๓	ร้อยละ	๗๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	หน่วยวัด	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)								
แผนงานที่ ๓ การป้องกันและควบคุมโรค								
๑๐.ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการ								
ภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้								
สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงาน								
ได้จริง	๓	ร้อยละ	๘๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
๑๑.อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก								
อายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	๒	อัตรา	≤๔.๕	๖.๐	๕.๕	๕.๐	๔.๕	๔.๐
๑๒.อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ								
ทางถนน	๒	อัตรา	๑๖	๑๘	๑๗	๑๖	๑๕	๑๔
๑๓.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่								
จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	๓	อัตรา	๒.๔๐	๒.๖๐	๒.๕๐	๒.๔๐	๒.๓๐	๒.๒๐
๑๔.ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหาร								
สดที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน								
และความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓	ร้อยละ	๙๖	๗๙	๘๔	๘๙	๙๕	๙๖
แผนงานที่ ๔ การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม								
๑๕.ระดับความสำเร็จของการพัฒนา								
อนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล								
และสถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย	๓	ร้อยละ	๑๐๐	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)								
๑๖.ความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิก								
หมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่								
(Primary Care Cluster)	๓	ร้อยละ	๓๙	๓๒	๓๓	๓๕	๓๗	๓๙
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ								
๑๗.๑ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่								
สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	๒	ร้อยละ	≥๔๐	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
๑๗.๒ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง								
ที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิต								
สูงได้ดี	๑	ร้อยละ	≥๕๐	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
๑๘.อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	๑	อัตรา	≤๗.๐	๘	๗.๕	๗.๐	๖.๕	๖.๐
๑๙.ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ								
ตำบลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์	๓	ร้อยละ	๖๐	๔๔	๔๙	๕๔	๕๙	๖๐
(RDU)								

ตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	หน่วยวัด	เป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน				
				๑	๒	๓	๔	๕
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)(ต่อ)								
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (ต่อ)								
๒๐.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	๑	อัตรา	≤๖.๐	๖.๔	๖.๓	๖.๒	๖.๑	๖.๐
๒๑.อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ			ลดลง					
ลดลง	๑	อัตรา	๕.๐%	๑.๐	๒.๐	๓.๐	๔.๐	๕.๐
๒๒.อัตราตายด้วยโรคมะเร็ง								
๒๒.๑ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก								
ได้รับการรักษาภายในระยะเวลา	๑	ร้อยละ	๘๕	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
ที่กำหนด								
๒๒.๒อัตราตายจากมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี	๑	ร้อยละ	ลดลง	๔.๐	๔.๕	๕.๐	๕.๕	๖.๐
ลดลง			๕.๐%					
๒๒.๓อัตราตายจากมะเร็งปอด	๑	ร้อยละ	ลดลง	๓.๐	๓.๕	๔.๐	๔.๕	๕
			๕.๐%					
๒๓.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตรา								
การลดลงของ eGFR<๔ml/min/								
๑.๗๓ $m^{๒}$/yr	๒	ร้อยละ	๖๖	๖๒	๖๓	๖๔	๖๕	๖๖
๒๔.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการ								
บำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง								
(remission)	๒	ร้อยละ	๗๐	๖๒	๖๔	๖๖	๖๘	๗๐
๒๕.ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการ								
สุขภาพที่ให้บริการการดูแลระดับกลาง								
(Intermediate care)	๑	ระดับ	๕	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ								
๒๖.ร้อยละ ECS คุณภาพ								
ในโรงพยาบาล F๒ ขึ้นไป	๒	ร้อยละ	๕๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ								
๒๗.อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วย								
วัณโรคปอดรายใหม่	๒	อัตรา	๘๕	๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	๘๕
แผนงานที่ ๙ : อุตสาหกรรมทางการแพทย์ครบวงจร								
๒๘.ระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน								
เมืองสมุนไพร (Herbal Litf)	๑	จำนวน	๕	๔	๕	๖	๗	๘

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ บุคลากรเป็นเลิศ People Excellence								
แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ								
๒๙.ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มี								
การบริหารจัดการระบบการผลิต								
และพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์								
เป้าหมายที่กำหนด	๔	ระดับ	๕	๑	๒	๓	๔	๕
๓๐.ความสำเร็จของการดำเนินงาน		ระดับ						
สร้างสุขของคนทำงาน	๓	คะแนน	๕	๑	๒	๓	๔	๕
๓๑.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพ								
ในการดูแลสุขภาพตนเองได้								
ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๓	ร้อยละ	๖๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)								
แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ								
๓๒.ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา								
เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์								
และวัสดุทันตกรรม	๓	ร้อยละ	๒๕	๑๖	๑๙	๒๒	๒๕	๒๕
๓๓.ระดับความสำเร็จของการพัฒนา								
รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์								
ระดับการพัฒนาคุณภาพ	๓	ร้อยละ	๒๕	๕	๑๐	๑๕	๒๐	๒๕
แผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ								
๓๔.อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	๑	ร้อยละ	๒๕	๓๖	๓๒	๒๘	๒๔	๒๐
สาเหตุการตาย								
๓๕ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่าน	๒	ร้อยละ	๕๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ								
แผนงานที่ ๑๓ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ								
๓๖.ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการ								
การแพทย์ฉุกเฉิน	๑.๕	ร้อยละ	๙๕.๕	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕
๓๗.ประสิทธภาพการบริหารการเงิน								
สามาถรความคุมปัญหาทางการเงิน								
ไม่อยู่ในระดับ ๕ - ๗	๑.๕	ระดับ	๖	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๑๔ การพัฒนางานวิจัย และนวัตกรรมด้านสุขภาพ								
๓๘.ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R ที่ให้หน่วยงาน								
ต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	๓	ร้อยละ	๓๐	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐

การกำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์และตัวชี้วัด

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๑:การพัฒนาคุณภาพ	๑. โครงการพัฒนาและสร้าง	**๑. อัตราส่วนการตายมารดา**	✓		๕	≤๑๙	≤๑๕	≤๑๗	≤๑๗	๑๕	๑๖	๑๕.๕	๑๕	๑๔.๕	๑๔
ชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย	เสริมศักยภาพคนไทยกลุ่ม	๑.๑ ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอด		✓		๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐					
(ด้านสุขภาพ)	สตรีและเด็กปฐมวัย	มาตรฐาน													
		๑.๒ ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้ง													
		แรกเมื่ออายุครรภ์ < ๑๒ สัปดาห์		✓											
		๑.๓ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการคัด													
		กรองภาวะเสี่ยงและพบภาวะเสี่ยง		✓											
		๑.๔ ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับบริการฝาก													
		ครรภ์คุณภาพครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์													
		ANC แนวใหม่ตามข้อเสนอของ WHO		✓											
		๑.๕ ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์		✓											
		๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการ	✓		๕	๘๐	๙๕	๘๐	๘๕	๘๕	๙๓	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗
		สมวัย													
		๒.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒													
		เดือนที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการ													
		และพบสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก)		✓			๒๐				๑๖	๑๘	๒๐	๒๒	๒๔
		๒.๒ร้อยละของเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒													
		เดือนที่ตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัย													
		ล่าช้า ได้รับการประเมินพัฒนาการซ้ำภายใน		✓			๙๐				๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
		๓๐ วัน													
		๒.๓ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม		✓			๗				๑๑	๑๐	๙	๘	๗

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
		๒.๔ ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด													
		ระหว่างคลอด		✓			๑๕				๓๕	๓๐	๒๕	๒๐	๑๕
		๒.๕ อัตราตายทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่า													
		หรือเท่ากับ ๒๘ วัน		✓			๕				๙	๘	๗	๖	๕
		๒.๖ ร้อยละทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า ๖ เดือน													
		กินนมแม่อย่างเดียว		✓			๕๐				๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
		๓.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีส่วนสูงระดับดี	✓		๓	๕๑	๕๗	๕๗	๖๐	๖๓	๕๕	๕๖	๕๗	๕๘	๕๙
		และรูปร่างสมส่วนและส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี													
	๒.โครงการพัฒนาและสร้างเสริม	**๔.ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน**	✓		๔	๖๖	๗๐	๗๐	๗๒	๗๔	๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	๗๑
	ศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียน	๕.ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๕ ปี มีปัญหาทางการเรียน													
	และวัยรุ่น	จากภาวะสุขภาพ (LD, ADHD) เข้าถึงบริการ		✓											
		๖.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๐		✓											
		๗.เด็กอายุ ๐-๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ	✓		๓	๕๒	๖๔	๕๖	๕๘	๖๐	๕๖	๕๘	๖๐	๖๒	๖๔
		๘.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	✓		๓	๔๒	๔๒	๓๘	๓๖	๓๔	๒๒	๒๑	๒๐	๑๙	๑๘
		ไม่เกิน ๕๐ต่อประชากรหญิง ๑๕-๑๙ ปี๑,๐๐๐ คน													
		๘.๑ ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิง		✓		๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๓๐	๒๕	๒๐	๑๕	๑๐
		อายุต่ำกว่า ๒๐ปี													
		๙. ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์		✓		๗๐	๗๑	๗๒	๗๓	๗๔					
		(EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป													
		๑๐.ร้อยละความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่ม													
		แอลกอฮอล์ในกลุ่มวัยรุ่นไม่เกินร้อยละ ๑๙.๙		✓		๑๙.๙	๑๙.๙	๑๙.๙	๑๙.๙	๑๙.๙	๒๓.๙	๒๒.๙	๒๑.๙	๒๐.๙	๑๙.๙

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
	๓. โครงการพัฒนาและสร้าง	๑๑.ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน		✓		๓๖	๓๗	๓๘	๓๙	๔๐	๒๙	๓๑	๓๓	๓๕	๓๗
	เสริมศักยภาพคนไทย	มีค่าดัชนีมวลกายปกติ													
	กลุ่มวัยทำงาน	๑๑.๑ประชากรไทยอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป		✓		-	-	-	-	๘๔	๖๘	๗๒	๗๖	๘๐	๘๔
		มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อ													
		การสร้างสุขภาพ													
		๑๑.๒ ร้อยละของความชุกของผู้สูบบุหรี่													
		ของประชากรไทยอายุ ๑๕ ปี		✓		๑๗.๘	๑๗.๘	๑๗.๘	๑๗.๘	๑๗.๘	๒๑.๘	๒๐.๘	๑๙.๘	๑๘.๘	๑๗.๘
	๔.โครงการพัฒนาและสร้าง	**๑๒.ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริม**	✓		๕	๘๐	๘๐	๗๐	๘๐	๙๕	๖๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐
	เสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัย	**สุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long**													
	ผู้สูงอายุ	**Term Care)ในชุมชนผ่านเกณฑ์**													
		๑๓.ร้อยละของ Healthy Ageing		✓		๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐
แผนงานที่ ๒ :การพัฒนา	๕. โครงการการพัฒนาคุณภาพ	๑๔.ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนา	✓		๓	๘๐	๖๐	๙๐	๙๕	๑๐๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ชีวิตระดับอำเภอ (DHB)	คุณภาพชีวิตอำเภอ District Health													
		Board (DHB) ที่มีคุณภาพ													
		๑๕.ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการคุณภาพ	✓		๓	๗๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐
		ชีวิตตามเกณฑ์มาตรฐาน													
แผนงานที่ ๓ : การป้องกัน	๖. โครงการพัฒนาระบบการ	๑๖.ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการ	✓		๓	๘๐	๘๐	๙๐	๙๕	๑๐๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
โรคและลดปัจจัยเสี่ยง	ควบคุมตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	ภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้													
ด้านสุขภาพ	และภัยสุขภาพ	สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงาน													
		ได้จริง													
	๗.โครงการควบคุมโรคติดต่อ	๑๗.ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึง		✓		๘๖	๘๘	๙๐	๙๒	๙๔	๘๐	๘๒	๘๔	๘๖	๘๘
		บริการป้องกันโรคเอดส์และโรคติด													
		ต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก													
		๑๘.ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพ													
		ในการเฝ้าระวังป้องกันแก้ไขปัญหา		✓		๗๒	๗๔	๗๖	๗๘	๘๐	๖๖	๖๘	๗๐	๗๒	๗๔
		โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี													

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
	๘.โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อ	๑๙.อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก	✓		๒	≤๕	≤๔.๕	≤๔.๐	≤๓.๕	≤๓.๐	๖.๐	๕.๕	๕.๐	๔.๕	๔
	และภัยสุขภาพ	อายุน้อยกว่า ๑๕ ปี													
		๒๐.อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ	✓		๒	≤๑๔	≤๑๖	≤๑๒	≤๑๑	≤๑๐	๑๘	๑๗	๑๖	๑๕	๑๔
		ทางถนน													
		๒๑.อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม	✓		๓	๒.๔๐	๒.๔๐	๒.๔๐	๒.๔๐	๒.๔๐	๒.๖๐	๒.๕๐	๒.๔๐	๒.๓๐	๒.๒๐
		เสี่ยงเบาหวาน													
	๙.โครงการส่งเสริมและพัฒนา	๒๒.ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและ		✓		๗๕	๗๖	๗๗	๗๘	๗๙	๗๒	๗๓	๗๔	๗๕	๗๖
	ความปลอดภัย	อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย													
	๑๐.โครงการคุ้มครองผู้บริโภค	๒๓.ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหาร	✓		๓	๙๖	๙๖	๙๗	๙๘	๙๙	๗๙	๘๔	๘๙	๙๕	๙๖
	ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ	สดที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน													
	และบริการสุขภาพ	และความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด													
		๒๓.๑ร้อยละของสถานพยาบาลและสถาน		✓		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
		ประกอบ การเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์													
		มาตรฐานตามเกณฑ์กฎหมายกำหนด													
แผนงานที่ ๔ :การบริหารจัดการ	๑๑.โครงการ GREEN &	๒๔.ระดับความสำเร็จของการพัฒนา	✓		๓	๗๕	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
สิ่งแวดล้อม	CLEAN Hospital	อนามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ.													
		และสถานบริการเครือข่าย													
	๑๒.โครงการคุ้มครองสุขภาพ	๒๕.ร้อยละของอำเภอที่มีระบบจัดการปัจจัย		✓		๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
	ประชาชนจากมลพิษ	เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมและสุขภาพอย่าง													
	สิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง	บูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน													
	(Hot Zone)														
			๑๕	**๒๕**											

การกำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด
ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๕ : การพัฒนาระบบ	๑๓.โครงการพัฒนาระบบการแพทย์	๒๖.ความสำเร็จของการดำเนิน	✓		๓	๑๕	๓๙	๕๗	๗๘	๑๐๐	๓๑	๓๓	๓๕	๓๗	๓๙
การแพทย์ปฐมภูมิ	ปฐมภูมิ	งานคลินิกหมอครอบครัว													
(Primary Care Cluster)		ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่													
		(Primary Care Cluster)													
แผนงานที่ ๖ : การพัฒนาระบบ	๑๔.โครงการพัฒนาระบบบริการ	๒๗.ร้อยละของผู้ป่วยโรค	✓		๓										
บริการสุขภาพ (Service Plan)	สุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	เบาหวานและโรคความ													
		ดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้													
		๒๗.๑ เบาหวาน			๒	๔๐	≥๔๐	๔๒	๔๓	๔๔	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
		๒๗.๒ ความดัน			๑	๕๐	≥๕๐	๕๒	๕๓	๕๔	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
		๒๘.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน		✓		๘๐.๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕	๙๐	๗๗.๕	๘๐.๐	๘๒.๕	๘๕	๘๗.๕
		ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน													
		ได้รับการประเมินเสี่ยงต่อ													
		โรคหัวใจและหลอดเลือด													
		(CVD Risk)													
		๒๙.อัตราตายของผู้ป่วยโรค	✓		๑	๗	≤๗	๗	๗	๗	๘	๗.๕	๗	๖.๕	๖
		หลอดเลือดสมอง													
	๑๕.โครงการป้องกันและควบคุม	๓๐.ร้อยละของโรงพยาบาล	✓		๓	๘๐	๖๐	๙๐	๙๕	๑๐๐	๔๔	๔๙	๕๔	๕๙	๖๐
	การดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยา	ส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้ยา													
	อย่างสมเหตุสมผล	อย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์													
		(RDU)													

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
	๑๖.โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ	๓๑.ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย		✓		๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๐	๑๒	๑๑	๑๐	๙	๘
	ทางการแพทย์	นอกเขตสุขภาพลดลง													
	๑๗.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๓๒.อัตราตายทารกแรกเกิด		✓		๓.๗	๓.๔	๓.๑	๒.๘	๒.๕	๒.๖	๒.๘	๓	๓.๒	๓.๔
	สาขาทารกแรกเกิด														
	๑๘.โครงการพัฒนาระบบการดูแล	๓๓.ร้อยละของโรงพยาบาล		✓		๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๒๐	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐
	แบบประคับประคอง	ที่มีการดูแลแบบประคับประคอง													
	(Palliative Care)	(Palliative Care)													
	๑๙.โครงการพัฒนาระบบบริการ	๓๔.ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการ		✓		๑๙.๕	๒๐	๒๐.๕	๒๑	๒๑.๕	๑๘	๑๘.๕	๑๙	๑๙.๕	๒๐
	การแพทย์แผนไทยฯ	การแพทย์แผนไทยและการแพทย์													
		ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน													
	๒๐.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๓๕.ร้อยละของผู้ป่วยโรค		✓		๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕
	สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	ซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต													
		๓๖.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	✓		๑	๖.๔	≤๖	๖.๒	๖.๑	๖	๖.๔	๖.๓	๖.๒	๖.๑	๖.๐
	๒๑.โครงการพัฒนาระบบบริการ	๓๗.อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)		✓		≤๓๐	≤๓๐	≤๒๘	≤๒๖	≤๒๔	๔๐	๓๕	๓๐	๒๕	๒๐
	สุขภาพ ๕ สาขาหลัก														
		๓๘.จำนวนโรงพยาบาลที่มีทีม		✓											
		Capture the fracture													
		๓๘.๑ Refracture					<๓๐				๕๐	๔๕	๔๐	๓๕	๓๐
		๓๘.๒ Early surgery					>๕๐				๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐
		(รพ.รอ.)													

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
	๒๒.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๓๙.ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ		✓		๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
		F๒ ขึ้นไป สามารถให้ยาละลาย													
		ลิ่มเลือด Fibrinolytic drug)													
		ในผู้ป่วย STEMI ได้													
		๔๐.อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	✓		๑		ลดลง				๑	๒	๓	๔	๕
							๕%								
	๒๓.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๔๑. อัตราตายด้วยโรคมะเร็ง	✓												
	สาขาโรคมะเร็ง	๔๑.๑ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก			๑		๘๕				๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
		ได้รับการรักษาภายในระยะเวลา													
		ที่กำหนด													
		๔๑.๒อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ/			๑		ลดลง				๔.๐	๔.๕	๕.๐	๕.๕	๖.๐
		ท่อน้ำดี					๕%								
		๔๑.๓ อัตราการตายจากมะเร็งปอด			๑		ลดลง				๓.๐	๓.๕	๔.๐	๔.๕	๕.๐
							๕%								
	๒๔.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๔๒.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มี	✓		๒	๖๙	๗๐	๗๑	๗๒	๗๓	๗๐	๗๑	๗๒	๗๓	๗๔
	สาขาโรคไต	อัตราการลดลงของ eGFR<๔ml													
		/min/๑.๗๓m๒/yr													
	๒๕.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๔๓.ร้อยละของผู้ป่วยตาบอด		✓		๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๘๐	๗๕	๗๖	๗๘	๗๙	๘๐
	สาขาจักษุวิทยา	จากต้อกระจก (Blinding													
		Cataract) ได้รับการผ่าตัด													
		ภายใน ๓๐ วัน													
	๒๖.โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	๔๔.อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอม		✓			๐.๔	๐.๕	๐.๖	๐.๗	๐.๑	๐.๑	๐.๒	๐.๓	๐.๔
	สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	บริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมอง													
		ตายต่อจำนวนผู้เสียชีวิต													
		ในโรงพยาบาล													
		(รพ.รอ)													

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
	๒๗.โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษา	๔๕.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้	✓		๒	๖๘	๗๐	๗๒	๗๔	๗๖	๖๒	๖๔	๖๖	๖๘	๗๐
	ผู้ป่วยยาเสพติด	ได้รับการบำบัดรักษา													
		และหยุดเสพต่อเนื่อง													
		(remission)													
	๒๘.โครงการพัฒนาระบบบริการดูแล	๔๖.ระดับความสำเร็จของหน่วย	✓		๑		๕	๕	๕	๕	๑	๒	๓	๔	๕
	ระยะกลาง (Intermediate Care)	สุขภาพที่ให้บริการการดูแล													
		ระยะกลาง (Intermediate care)													
	๒๙.โครงการพัฒนาระบบบริการ	๔๗.จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ		✓		๑๐	๑๕	๒๐	๒๕	๓๐	๗	๙	๑๑	๑๓	๑๕
	one day surgery	การผ่าตัดแบบ One Day													
		Surgery (รพ.รอ.)													
	๓๐.โครงการพัฒนาระบบบริการ	๔๘.จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับ		✓		๑๕	๑๕	๑๕	๒๐	๒๕	≤๑	๑	๔	๗	๑๐
	Minimally Invasive Surgery	การผ่าตัดแบบ Minimally													
		Invasive Surgery													
		(รพ.รอ./โพนทอง/สุวรรณภูมิ/เกษตรวิสัย)													
แผนงานที่ ๗ : การพัฒนาระบบ	๓๑.โครงการพัฒนาระบบบริการ	๔๙.ร้อยละ ECS คุณภาพ	✓		๒	๑๖	๕๐	๑๒	๘	๖	๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐
บริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร	การแพทย์ฉุกเฉินครบวงจร	ในโรงพยาบาล													
และระบบการส่งต่อ	และระบบการส่งต่อ														

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๘ : การพัฒนาตาม	๓๒.โครงการเฉลิมพระเกียรติ ร. ๑๐ (TB)	๕๐.อัตราความสำเร็จการรักษา	✓		๒	๘๕	๘๕	๘๗	๘๘	๘๙	๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	๘๕
โครงการพระราชดาริและพื้นที่เฉพาะ		ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่													
	๓๓.โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษ	๕๑.ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของ		✓		๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
	และสุขภาพแรงงานข้ามชาติ	หน่วยบริการสาธารณสุข													
	(Migrant Health)	สำหรับการจัดบริการ													
		อาชีวอนามัย และเวชกรรม													
		สิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนา													
		เศรษฐกิจพิเศษตามเกณฑ์													
		ที่กำหนด													
แผนงานที่ ๙ : อุตสาหกรรมทาง	๓๔.โครงการพัฒนาเมืองสมุนไพร	๕๒.ระดับความสำเร็จของการ	✓		๑	๔	๕	๖	๗	๘	๔ ข้อ	๕ ข้อ	๖ ข้อ	๗ ข้อ	๘ ข้อ
การแพทย์ครบวงจร		ดำเนินงานเมืองสมุนไพร													
		(Herbal litf)													

การกำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด
ยุทธศาสตร์ที่ ๓ ยุทธศาสตร์บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๑๐ : การพัฒนาระบบ	๓๕.โครงการผลิตและพัฒนากำลังคน	๕๓.ระดับความสำเร็จของอำเภอ	✓		๔	๕	๕	๕	๕	๕	๑	๒	๓	๔	๕
บริหารจัดการกาลังคนด้านสุขภาพ	ด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	ที่มีการบริหารจัดการระบบ													
		การผลิตและพัฒนากำลังคนได้													
		ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด													
		๕๔.ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับ		✓		๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐	๖๕	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
		การพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด													
	๓๖.โครงการ Happy MOPH	๕๕.ความสำเร็จของการดำเนินงาน	✓		๓		๕	๕	๕	๕	๑	๒	๓	๔	๕
	กระทรวงสาธารณสุข	สร้างสุขของคนทำงาน													
	กระทรวงแห่งความสุข														
		๕๖.อัตราการคงอยู่ของบุคลากร		✓		๘๒	๘๕	๘๘	๙๑	๙๔	๗๓	๗๖	๗๙	๘๒	๘๕
		ด้านสุขภาพ (Retention Rate)													
		๕๗.ร้อยละของจังหวัดที่มีบุคลากร		✓		๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
		สาธารณสุขเพียงพอ													
	๓๗.โครงการพัฒนาเครือข่าย	๕๘.ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพ	✓		๓	๔๐	๖๐	๖๐	๗๐	๘๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
	กำลังคนด้านสุขภาพ	ในการดูแลสุขภาพตนเองได้													
		ตามเกณฑ์ที่กำหนด													

การกำหนดน้ำหนักยุทธศาสตร์ และตัวชี้วัด

ยุทธศาสตร์ที่ ๔ ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๑๑ : การพัฒนาระบบ	๓๘.โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส	๕๙.ร้อยละของหน่วยงาน		✓		๙๐	๑๐๐	๙๔	๙๖	๙๘	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐
ธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ	และบริหารความเสี่ยง	ในสังกัดกระทรวง													
		สาธารณสุขผ่าน													
		เกณฑ์การประเมิน ITA													
		๖๐.ร้อยละของการจัดซื้อร่วม	✓		๓	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๑๖	๑๙	๒๒	๒๕	๒๕
		ของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา													
		วัสดุวิทยาศาสตร์													
		และวัสดุทันตกรรม													
		๖๑.ร้อยละของหน่วยงาน		✓		๘	๑๒	๑๖	๒๐	๒๔	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒
		ภายใน กระทรวง													
		สาธารณสุขผ่าน													
		เกณฑ์การประเมินระบบ													
		การควบคุมภายใน													
	๓๙.โครงการพัฒนาองค์กร คุณภาพ	๖๒.ระดับความสำเร็จของ		✓		๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
		การพัฒนาคุณภาพ													
		การบริหารจัดการของ													
		ส่วนราชการ กพร.สป.													
		ในสังกัด สธ สู่เกณฑ์													
		คุณภาพ การบริหาร													
		จัดการภาครัฐ (PMQA)													

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
		๖๓.ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัด		✓			๕	๕	๕	๕	๑	๒	๓	๔	๕
		สธ. มีคุณภาพมาตรฐานผ่าน													
		สรพ.การรับรอง HA ขั้น ๓													
		๖๔.ระดับความสำเร็จของการ	✓		๓	๒๐	๔๐	๖๐	๘๐	๑๐๐	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐
		พัฒนา รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ													
		ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนา													
		คุณภาพ													
แผนงานที่ ๑๒ : การพัฒนาระบบ	๔๐.โครงการพัฒนาระบบข้อมูล	๖๕.อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพ	✓		๑		≤๒๕				๓๖	๓๒	๒๘	๒๔	๒๐
ข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	ข่าวสารเทคโนโลยีสุขภาพ	ข้อมูลสาเหตุการตาย													
	แห่งชาติ (NHIS)	๖๖.ร้อยละของหน่วยบริการ	✓												
		ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล													
		บริการ			๑.๕		≤๕๐				๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐
	๔๑.โครงการพัฒนาสุขภาพ	๖๗.ร้อยละของหน่วยบริการ		✓		๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
	ด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล	ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ													
	(Digital Economy)	สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูล													
		สุขภาพได้ (Health													
		Information Exchange(HIE)													

แผนงาน	โครงการ	ตัวชี้วัด	S	M	น้ำหนัก	ค่าเป้าหมาย ๕ ปี					เกณฑ์การให้คะแนน				
						๖๐	๖๑	๖๒	๖๓	๖๔	๑	๒	๓	๔	๕
แผนงานที่ ๑๓ : การบริหารจัดการ	๔๒.โครงการลดความเหลื่อมล้ำ	๖๘.ร้อยละของประชากรเข้าถึง	✓		๑.๕	๒๐	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕
ด้านการเงินการคลังสุขภาพ	ของกองทุน	บริการการแพทย์ฉุกเฉิน													
	๔๓.โครงการบริหารจัดการ	๖๙.ประสิทธิภาพการบริหารการเงิน	✓		๑.๕	๘	๖	๔	๒	๐	๖	๕	๔	๓	๒
	ด้านการเงินการคลัง	สามารถความคุมปัญหาทางการเงิน													
		ไม่อยู่ในระดับ ๕ - ๗													
แผนงานที่ ๑๔ : การพัฒนางานวิจัย	๔๔.โครงการพัฒนางานวิจัย	๗๐.ร้อยละผลงานวิจัย/R๒R	✓		๓	๒๕	๓๐	๓๕	๔๐	๔๕	๒๖	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐
และนวัตกรรมด้านสุขภาพ	ผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยี	ที่ให้หน่วยงานต่างๆ													
	ทางการแพทย์	นำไปใช้ประโยชน์													
			๓๘	๔๗	๑๐๐.๐										

รายละเอียดตัวชี้วัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ตัวชี้วัดที่ ๑ : อัตราส่วนการตายมารดา

หน่วยวัด : อัตรา

น้ำหนัก : ๕

เป้าหมาย : ไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพแสนคน

คำอธิบาย : การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ การคลอดและหลังคลอด ๔๒ วันหลังคลอด ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย : หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐,๐๐๐

A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอดภายใน ๔๒วัน ทุกสาเหตุยกเว้น อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด

B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ๕
๑๖	๑๕.๕	๑๕	๑๔.๕	๑๔

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อัตราส่วนการตายมารดาต่อการเกิดมีชีพ				
๑๐๐,๐๐๐ คน	อัตรา	๓๖.๔๘	๑๓.๗๔	๐.๐๐

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

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

๒. ความถี่การรายงานทุกเดือน (ประมวลผลทุก ๓ เดือน)

ระดับการวัด : ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑

๒.นางอัมรา ธำรงทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางชิตชนัญ โพธิ์ชัยหล้า เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๗๔๘-๑๗๑๖

ตัวชี้วัดที่ ๒ : ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๕
เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๕
คำอธิบาย:
เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน
คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึง แบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง ๕ ปี ใช้คัดกรองเด็กทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติ และดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรม พัฒนาการตามอายุของเด็กใน ๕ ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม
กลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง
ผู้ประเมิน คือผู้ที่ผ่านการอบรมการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ
สูตรการคำนวณ : ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสมวัย

= (A+B)/C) x ๑๐๐

A = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐ และ ๔๒ เดือน ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ผ่านครบ ๕ ด้าน
B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรกได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ ๕ ด้าน
C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๙๓	๙๔	๙๕	๙๖	๙๗

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ...		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	N/A	๙๓.๐๗	๙๖.๖๐

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

สถานบริการสุขภาพทุกระดับ นำข้อมูลการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น HosXP PCU เป็นต้นและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม

แหล่งข้อมูล

จัดเก็บในระดับ หน่วยบริการ/ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นางอัมรา ธำรงทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางคัทลียา พัฒนสระคู เบอร์ติดต่อ ๐๖-๒๔๒๖-๓๕๑๕

ตัวชี้วัดที่ ๓ : ร้อยละเด็กอายุ๐-๕ปีมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๓

เป้าหมาย : ร้อยละ ๕๗

คำอธิบาย :

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

สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๕๘ (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

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

สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

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

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย เด็กอายุ ๐-๕ ปี

สูตรการคำนวณ

: ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน

$$= \frac{\text{จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีสูงดีสมส่วน}}{\text{จำนวนเด็กอายุ ๐-๕ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด}} \times ๑๐๐$$

: ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๕ ปี

$$= \frac{\text{ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ ๕ ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง}}{\text{จำนวนประชากรชายอายุ ๕ ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด}}$$

: ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๕ ปี

$$= \frac{\text{ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ ๕ ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูง}}{\text{จำนวนประชากรหญิงอายุ ๕ ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๕๕	๕๖	๕๗	๕๘	๕๙

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีส่วนสูงระดับดี	ร้อยละ	๕๑.๖๒	๕๑.๘๒	๕๑.๔๔
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี ชาย	เซนติเมตร	๑๑๐	๑๑๐	๑๑๐
ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี หญิง	เซนติเมตร	๑๑๐	๑๑๐	๑๐๙

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ เช่น HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง มาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม

๒) การสำรวจทุกๆ ๓ ปี โดยการสุ่มชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่เป็นตัวแทนในระดับจังหวัดทุกจังหวัด

แหล่งข้อมูล :

๑) รพ.สต./PCU/ รพ.ทุกแห่ง

๒) ศูนย์เด็กเล็ก

ระดับการวัดผล: จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นางอัมรา ธำรงทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางคัทลียา พัฒนสระคู เบอร์ติดต่อ ๐๖-๒๔๒๖-๓๕๑๕

ตัวชี้วัดที่ ๔ : ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๔

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๐ ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๑๒ ปีเด็กชาย ๑๕๔ เซนติเมตร เด็กหญิง ๑๕๕ เซนติเมตร

คำอธิบาย : เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปีจนถึง ๑๔ ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ ๖ ปีเต็ม – ๑๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)

โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียน ระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.๑ - ม.๓)

ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า – ๒ S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากมีการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ

ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง > + ๒ S.D.ขึ้นไปโดยใช้กราฟ แสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี ๒๕๔๒

ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า –๒ S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน

สูงดี หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง เมื่อเทียบกับ กราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี ๒๕๔๒ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ SD ของ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี ๒๕๔๒ มีค่าระหว่าง +๑.๕ SD ถึง -๑.๕ SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

เด็กสูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและ มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)

ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ ๑๒ ปี (เด็กอายุ ๑๒ ปีเต็มถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน)

สูตรการคำนวณ : ๑. ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน = (A๑/B๑) x ๑๐๐

๒. ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี มีภาวะผอม = (A๒/B๑) x ๑๐๐

๓. ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน = (A๓/B๑) x ๑๐๐

๔. ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี มีภาวะเตี้ย = (A๔/B๑) x ๑๐๐

๕. ความครอบคลุม = (B๑/B๒) x ๑๐๐

๖. ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ ๑๒ ปี = (A๕/B๓)

๗. ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ ๑๒ ปี = (A๖ /B๔)

รายการข้อมูล A๑ = จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน

A๒ = จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะผอม

A๓ = จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน

A๔ = จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ที่มีภาวะเตี้ย

A๕ = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ ๑๒ ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง

A๖ = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ ๑๒ ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง

B๑ = จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด

B๒ = จำนวนเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีทั้งหมดในโรงเรียน

B๓ = จำนวนประชากรชายอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด

B๔ = จำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๒ ปีที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกในโปรแกรม HosXP PCUและส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม /ประมวลผลจากระบบฐานข้อมูล HDC (แบบรายงานภาวะการเจริญเติบโตของเด็กวัยเรียน)

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๗	๖๘	๖๙	๗๐	๗๑

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน	-	-	๖๙.๓๙

แหล่งข้อมูล : ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม

วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จัดเก็บข้อมูลปีละ ๒ ครั้ง (ภาคเรียนละครั้ง)
ภาคเรียนที่ ๑ พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ลงข้อมูล เดือน (พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค.) ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ส.ค.
ภาคเรียนที่ ๒ พื้นที่ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ลงข้อมูล เดือน (ต.ค.,พ.ย.,ธ.ค. ม.ค.) ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๕ ก.พ.

ระดับการวัด : ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับรพ.สต

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นางอัมรา ธำรงทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางปริษา อุทัยวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๗๖๘-๒๖๔๔
๐-๔๓๕๑ ๑๗๕๔ ต่อ ๑๑๕

ตัวชี้วัดที่ ๕ : เด็กอายุ ๐-๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๓
เป้าหมาย : ๖๔

คำอธิบาย :กลุ่มอายุ ๐ – ๑๒ ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็ก ปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ

:ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากปกติ หรือผุและได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะอื่นใดอีก

:กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง เด็กอายุ ๑๒ ปี ถึง ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ณ วันที่ตรวจหรือสำรวจ

๑. จำนวนร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปีฟันดีไม่มีผุ ได้จากการเก็บข้อมูลโดยการตรวจฟันหรือการสุ่มสำรวจ

๒. ฟันดีไม่มีผุ ในเด็กอายุ ๑๒ ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โดยจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ตรวจฟัน หรือสำรวจต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๔ ของเด็กอายุ ๑๒ ปีทั้งหมดในเขตพื้นที่รับผิดชอบ

<u>การดำเนินงานที่เป็นการส่งเสริมป้องกันให้กลุ่มเป้าหมายเด็กอายุ ๑๒ ปี</u> ฟันดีไม่มีผุ ดำเนินงานดังนี้

- ตรวจสุขภาพช่องปากแนะนำให้ทันตสุขศึกษานักเรียนทุกคนในพื้นที่รับผิดชอบ
- ส่งเสริมให้โรงเรียนจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันทุกวัน ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
- ส่งเสริมให้โรงเรียนจัดสภาพแวดล้อมใน และ/หรือโดยรอบๆโรงเรียนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เช่น การจัดให้ปลอดจากน้ำอัดลม /ไม่มีการขายขนมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ, การจัดมุมเรียนรู้ให้เด็กในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพช่องปาก, การจัดเมนูอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ, การจัดสถานที่แปรงฟัน เป็นต้น
- เด็กอายุ ๑๒ ปี(หรือเด็กประถมศึกษาปีที่๖) ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ ๒
- และทำการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ ๑ ใน เด็ก ป.๑ เพื่อเป็นการลดปัญหาฟันแท้ผุในช่วงอายุเด็กที่มากขึ้น

การเคลือบหลุมร่องฟัน หมายถึง การใช้วัสดุทางทันตกรรม(sealant)ทาให้ยึดติดอยู่กับหลุมหรือร่องบนด้านบดเคี้ยวของฟันหลัง (ฟันกราม) โดยวัสดุทางทันตกรรมจะทำหน้าที่เป็นเสมือนเกราะป้องกันไม่ให้เคลือบฟันสัมผัสกับกรดที่เกิดในช่องปาก ผลที่ได้คือฟันจะไม่ถูกทำลายโดยกรด ทำให้ฟันไม่ผุ

สูตรการคำนวณ :

(A+B)/C x ๑๐๐

A = จำนวนกลุ่มเด็กอายุ ๑๒ ปี ที่ปราศจากฟันผุ (Caries free)

B = จำนวนกลุ่มเด็กอายุ ๑๒ ปี ที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันถูกถอน

C = จำนวนเด็กกลุ่มอายุ ๑๒ ปี ที่ได้รับการตรวจ

เกณฑ์การให้คะแนน :ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ ร้อยละ ๖๔

ช่วงการปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- .....หน่วยต่อ๑คะแนนโดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ช่วง ๕๖ เท่ากับ ๑ คะแนน
- ช่วง ๕๘ เท่ากับ ๒ คะแนน
- ช่วง ๖๐ เท่ากับ ๓ คะแนน
- ช่วง ๖๒ เท่ากับ ๔ คะแนน

- ช่วง ๖๔ เท่ากับ ๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
เด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ	ร้อยละ	๗๑.๐๗	๗๖.๘๐	๗๙.๖๔

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

รายงานในระบบข้อมูลสารสนเทศด้านทันตสาธารณสุข

ระดับการวัด

๑. ระดับหน่วยบริการสาธารณสุขประเมินความสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กวัยเรียนในเขตรับผิดชอบ และโดยการตรวจสุขภาพช่องปาก แล้วสรุปคะแนนเป็นผลการดำเนินงานระดับหน่วยบริการสาธารณสุข

๒. ระดับ CUP ประเมินความสัมฤทธิ์ผลของการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มเด็กวัยเรียนของสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งและโดยการตรวจสุขภาพช่องปาก และสรุปผลดำเนินงานในภาพรวม แล้วสรุปคะแนนเป็นผลการดำเนินงานระดับ CUP

๓. การประเมินทุกระดับต้องมีหลักฐานหรือข้อมูลเชิงประจักษ์ประกอบการประเมิน และจังหวัดจะดำเนินการประเมินควบคู่ไปกับการสุ่มสำรวจสภาวะทันตสุขภาพระดับจังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นางสุชาดา ฑีฆายุพันธุ์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๕๘๓-๕๗๐๕
ผู้รวบรวมข้อมูล : นางมนัสชนก คาระมาตย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๘๓๒๙-๔๗๘๔

ตัวชี้วัดที่ ๖ : **อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากรหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน**

หน่วยวัด : อัตรา
น้ำหนัก : ๓
คำอธิบาย : หญิงตั้งครรภ์ อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ที่มีการคลอดมีชีพในระหว่างปี ๒๕๖๐ ไม่เกิน ๕๐ ต่อประชากร หญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ อายุ ๑๕ - ๑๙ ปีที่มีการคลอดและแจ้งเกิดในทะเบียนราษฎร์

สูตรการคำนวณ

$$\frac{A \times ๑,๐๐๐}{B}$$

A = จำนวนการคลอดมีชีพของหญิงอายุ ๑๕ – ๑๙ ปี (จากทะเบียนเกิด)
B = จำนวนหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปีทั้งหมด (จากจำนวนประชากรกลางปีฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)

เกณฑ์การให้คะแนน :

โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- ระดับ ๑ อัตรา ๔๕ เท่ากับ ๑ คะแนน
- ระดับ ๒ อัตรา ๔๐ เท่ากับ ๒ คะแนน
- ระดับ ๓ อัตรา ๓๕ เท่ากับ ๓ คะแนน
- ระดับ ๔ อัตรา ๓๐ เท่ากับ ๔ คะแนน
- ระดับ ๕ อัตรา ๒๕ เท่ากับ ๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อัตราการคลอดในมารดาอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ไม่เกิน ๕๐ ต่อ ประชากรหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี พันคน	อัตรา	๒๘.๓๗	๓๒.๕๕	๒๔.๕๓

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. ระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม ทุก ๖, ๙ , ๑๒ เดือน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นางอัมรา ธำรงทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวิทยา โคตรท่าน เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๑๘๗๓ ๙๐๙๕
: นางสาวนครดา พิหูสูตร เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๒๒๕๒ ๑๙๖๙
: นางสาวแพรวพรรณ ศรีสุระกุล เบอร์ติดต่อ : ๐๙ ๖๒๔๕ ๕๕๙๒

ตัวชี้วัดที่ ๗ : ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๕

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

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

๑. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว

๒. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ

๓. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ

๔. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ

๕. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล

๖. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan)

๗. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล

หมายเหตุ : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ

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

สูตรการคำนวณ :

=<u>จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ x ๑๐๐</u>
จำนวนตำบลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	*๗๗.๗๘*

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

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

- การประเมินผล โดยทีมนิเทศงานจังหวัด/ทีมนิเทศงานและตรวจราชการกระทรวง, กรมอนามัย

ระดับการวัด : ระดับอำเภอ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด **:** ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑

๒.นางอัมรา ธำรงทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๘๐๙๖-๙๒๒๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล **:** นางปิยมณฑ์ พฤกษชาติ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๐๖๑ ๖๕๖๐ ,

๐-๔๓๕๑-๑๗๕๔ ต่อ ๑๑๕

ตัวชี้วัดที่ ๘ : ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่มีคุณภาพ
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ร้อยละ ๓
เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐

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

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

คุณภาพ หมายถึงการดำเนินการ ดังนี้

๑. มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พอช.) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๒. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) มีการประชุม จัดทำแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต มาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาอย่างน้อย ๕ ประเด็น ที่เชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับ ๓ ขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS- PCA

อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหา ความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทแต่ละพื้นที่

สูตรการคำนวณ:

$$\frac{\text{จำนวนอำเภอที่มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพ} \times ๑๐๐}{\text{จำนวนอำเภอทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐	๕ คะแนน
ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๕	๔ คะแนน
ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๕๐	๓ คะแนน
ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๔๕	๒ คะแนน
ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๔๐	๑ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (District Health Board : DHB) ที่มีคุณภาพ	ร้อยละ	-	๕	๒๕

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. คำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (District Health Board : DHB) ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

๒. แผนและโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อย่างน้อย ๕ ประเด็น

๓. เอกสารสรุปผลการดำเนินงานการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพระดับอำเภอ ของหน่วยงาน แบบประเมินตนเอง UCCARE

๔. มีการสรุปผลการดำเนินงานทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นโดยการชื่นชมและเยี่ยมเสริมพลัง

ระดับการวัด : CUP

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นายบุญเลิศ พิมศักดิ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๖๒๒๖ ๒๓๕๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : ว่าที่ พ.ต.ดร ดิษณ์กร สิงห์ยะเมือง เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๖๕ ๓๘๐๘

ตัวชี้วัดที่ ๙ : ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์มาตรฐาน (Quality of Life Management Tumbol; QMT)
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๓
เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐ ของตำบล ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตามเกณฑ์มาตรฐาน

คำอธิบาย :

ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต หมายถึง

ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกๆ ภาคส่วนในท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน โดยใช้หลักการสาธารณสุขมูลฐาน เน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน กลยุทธ์ PIRAB (Partnership, Investment, Regulate, Advocacy, and Building Capacity) แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์และค่ากลาง ช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยง ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ๕ กลุ่มวัย และโรคที่เป็นปัญหาในชุมชน ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอดเลือดสมอง และมะเร็ง การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน

ตำบลเป้าหมาย หมายถึง ร้อยละ ๗๐ ของตำบลตามเขตการปกครองในทุกอำเภอ โดยขอให้เชื่อมโยงกับเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS: District Health System)
มาตรฐานที่กำหนด หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดโดยกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงาน และวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น ๔ องค์ประกอบ ได้แก่ T-PAR : Team, Plan, Activity, and Result ดังนี้

องค์ประกอบที่ ๑ : การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ (ทีมงาน) **; T:Team**
องค์ประกอบที่ ๒ : การพัฒนากระบวนการจัดทำตามแผนสุขภาพตำบล **: P:Plan**
องค์ประกอบที่ ๓ : การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ **: A:Activity**
องค์ประกอบที่ ๔ : ผลลัพธ์นวัตกรรมของการดำเนินงาน **: R:Results**

องค์ประกอบที่ ๑ T: Team มีเกณฑ์หรือเงื่อนไขสำคัญ อาทิเช่น

๑. มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล (พชต.)
๒. มีการกำหนดบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่ชัดเจน ภาครัฐ, ภาคธุรกิจ, ภาค อปท., ภาคประชาชน
๓. มีการพัฒนาศักยภาพของทีม
๔. มี อสม. ที่มีทักษะด้านการจัดการ /เชี่ยวชาญตามกลุ่มวัยร่วมเป็นคณะทำงาน
๕. มีเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นผู้ริเริ่มกระบวนการสร้างทีมการประเมินจะดูที่ผลลัพธ์ คือ ทีมมีคุณภาพ ซึ่งจะมีการกำหนด Criteria ที่เชื่อมกับตัวชี้วัดคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

องค์ประกอบที่ ๒ P: Plan มีเกณฑ์หรือเงื่อนไขสำคัญ อาทิเช่น

๑. มีการรวบรวมข้อมูลชุมชนจัดทำเป็นฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผน และติดตามประเมินผล
๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลสู่ชุมชน
๓. มีการวางแผนโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน/ผู้มีส่วนได้เสีย
๔. มีการออกแบบระบบติดตาม ประเมินผลโดยชุมชนเอง
๕. มีการถ่ายทอด สื่อสาร แผนงานสู่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ
๖. มีการระดมทรัพยากรจากชุมชน และภาคส่วนต่างๆ เพื่อใช้ขับเคลื่อนแผน
๗. มีการชูประเด็น/ผลักดัน (Advocacy) ในประเด็นปัญหาสำคัญ ให้เป็นนโยบายสาธารณะ

หรือปัญหาร่วมของชุมชน การประเมินผล จะดูที่ผลลัพธ์ คือ มีแผนที่มีคุณภาพ เช่นแผนมีความครอบคลุมปัญหา มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจน สามารถติดตามและวัดผลได้ มีความยืดหยุ่น สามารถปรับการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ มีทรัพยากรสนับสนุนเพียงพอ เป็นต้น

องค์ประกอบที่ ๓ A: Activities มีเกณฑ์หรือเงื่อนไขสำคัญ อาทิเช่น

๑. เป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และทุกภาคส่วน

๒. มีการนำภูมิปัญญาท้องถิ่น เทคโนโลยี และ นวัตกรรมมาใช้ดำเนินการ

๓. มีการน้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นหลักการสำคัญ

๔. มีการพัฒนาคุณภาพชีวิตตลอดทุกช่วงวัยอย่างบูรณาการและเชื่อมโยง โดยใช้หลักการค่ากลาง อาทิ เช่น การเฝ้าระวังและคัดกรอง เช่น

~ คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ ๐-๕ ปี

~ คัดกรองADL ในผู้สูงอายุ

~ คัดกรอง NCDs ในวัยทำงานและผู้สูงอายุ ฯ

~ สนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ๔อ.๓ส.

~ สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านการสื่อสารและร่วมกิจกรรมต่างๆ

~ จัดบริการพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย

~ การกำหนดมาตรการชุมชน/สังคม (Regulate) เพื่อควบคุมพฤติกรรมเสี่ยง

~ กิจกรรมอื่นๆ ที่ชุมชนเห็นว่าดีและจำเป็น

การประเมินจะดูที่ผลลัพธ์ คือกิจกรรมสำคัญที่ดำเนินการต้องมีความสอดคล้องกับนโยบายและครอบคลุมปัญหาสำคัญของพื้นที่

องค์ประกอบที่ ๔ R: Results คือผลลัพธ์ของการดำเนินงานที่สำคัญ อาทิเช่น

๑. ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมี HL

๒. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะ ๔อ ๓ส

๓. ประชาชนพึ่งตนเองได้ (Self care)

๔. ครัวเรือนมีศักยภาพ มี อสค. ดูแลผู้ป่วย LTC, NCD,CKD

๕. เด็ก : ๔H (Heart, Head, Hand, Health)

๖. ผู้สูงอายุ : ๓S (Social, Security, Strong)

๗ มีนวัตกรรมการประเมินจะดูที่ผลลัพธ์ คือ บุคคลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ โรงเรียน อย.ต้นแบบ ศสมช. ต้นแบบ

๘. เกิดผลสัมฤทธิ์ในการจัดการปัญหาหรือพัฒนาอย่างน้อย ๑ เรื่อง/ปี หรือผู้สูบบุหรี่เลิกบุหรี่ได้ หรือ

๙ เกิดนวัตกรรมที่สามารถขยายผลหรือเป็นต้นแบบได้ หรือ

๑๐. ผลการดำเนินงานด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดสำคัญๆ อย่างน้อย ๑ ตัว/ปี เช่น

~ เด็ก ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

~ วัยทำงาน BMI ปกติ

~ Healthy Ageing

~ DM/HT รายใหม่ลดลง

~ High risk CVD ได้รับการแก้ไข

~ ทานผักผลไม้/ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น

ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เป็นหลักการดำเนินการที่มีองค์ประกอบ ๔ องค์ประกอบ โดยองค์ประกอบสุดท้ายมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ และมีความเชื่อมโยงกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) ตำบลจะเป็นหน่วยจัดการเชิงปฏิบัติการที่จะขับเคลื่อนนโยบายของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เชื่อมโยงกับคลินิกหมอครอบครัว และ รพ.สต.ติดดาว เป็นการพัฒนาที่มุ่งเน้นการดูแลจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัวและชุมชน อย่างบูรณาการในทุกมิติ

สูตรการคำนวณ : ผ่านเกณฑ์ทุกระดับ

$$\frac{\text{จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตทุกระดับ x ๑๐๐}}{\text{จำนวนตำบลทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละความสำเร็จการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพ มีการบรูณาการร่วมกัน มีนวัตกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดปัจจัยเสี่ยง ๔ อ ๓ส และโรควิถีชีวิต ๕ โรค(ดีเยี่ยม)	ร้อยละ	๘๕/๔๔.๐๔	๗๐/๓๖.๒๗	๘๓/๔๓.๐๑

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. แบบรายงานผลการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ของกระทรวงสาธารณสุข
๒. แบบประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ
๓. ศสมช. /สุขศาลา
๔. ภาพถ่าย รายงานการประชุม
๕. แผนพัฒนาด้านสุขภาพ ระดับตำบล หมู่บ้าน
๖. บันทึกผลการดำเนินงาน หรือเอกสารที่เกี่ยวกับตัวชี้วัด

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นางพัชรา ผิวขาว เบอร์ติดต่อ ๐๙๕-๖๖๑๖๙๔๘
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางชุลีลักษณ์ หนูเสน เบอร์ติดต่อ ๐๘๙-๒๗๗๑๙๙๔
: นายรักษา อุ่นพิกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘๑-๘๗๘๗๔๔๖

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ : ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง

หน่วยวัด : ปริมาณ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๓

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

คำอธิบาย :

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (**Emergency Operation Center** : **EOC**) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ใช้ในปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่าง ๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในระดับอำเภอ เพื่อการสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน การแลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงานและบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย

ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team :SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้น ๆ

ทีมปฏิบัติการ/ส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) หมายถึง ทีมภาคสนามที่สามารถลงพื้นที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับโรคและภัยสุขภาพที่ลงปฏิบัติการ เช่น MERT , EMS MCAT , CDCU/SRRT

Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ วิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งกลุ่มงาน / ฝ่าย ที่นำไปปฏิบัติ

เกณฑ์การประเมิน

ปีงบประมาณ	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๒๕๖๑	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒ และ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕

ทุกอำเภอ ดำเนินการตามขั้นตอนครบ ๕ ขั้นตอน เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๑

ไตรมาสที่ ๑ (รอบ ๓ เดือน ทุกอำเภอ ดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๑ ได้

ไตรมาสที่ ๒ (รอบ ๖ เดือน ทุกอำเภอ ดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๒ และ ๓ ได้

ไตรมาสที่ ๓ (รอบ ๙ เดือน ทุกอำเภอ ดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๔ ได้

ไตรมาสที่ ๔ (รอบ ๑๒ เดือน ทุกอำเภอ ดำเนินการตามขั้นตอนที่ ๕ ได้

เกณฑ์การให้คะแนนระดับอำเภอ

ระดับคะแนน ๑	ระดับคะแนน ๒	ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน ๔	ระดับคะแนน ๕
ผ่านขั้นตอนที่ ๑	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ - ๒	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ - ๓	ผ่านขั้นตอนที่ ๑ - ๔	ผ่านครบ ๕ ขั้นตอน

เกณฑ์การให้คะแนนระดับจังหวัด (ร้อยละอำเภอที่ผ่านครบทั้ง ๕ ขั้นตอน)

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕

รายละเอียดการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร / หลักฐานประกอบการประเมิน
๑	- จัดทำโครงสร้างศูนย์ปฏิบัติการ / ระบบบัญชาการณ์เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ - จัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ ตามความเหมาะสม เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินในอำเภอ	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (EOC & SAT) ระดับอำเภอ -สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ สำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการ ฯ (EOC) ของอำเภอ
๒	จัดทีมปฏิบัติการระดับอำเภอ ในส่วนภารกิจปฏิบัติการ (Operation Section) เพื่อปฏิบัติการในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน	-รายชื่อทีมปฏิบัติการระดับอำเภอ ได้แก่ ทีม MERT , mini MERT , EMS , MCAT CDCU/ SRRT
๓	จัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ เพื่อดำเนินการเฝ้าระวัง ตรวจจับ และประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน (ภาวะปกติ อำเภอละ ๑ – ๒ คน และภาวะฉุกเฉิน อำเภอละ ๓ คน	- รายชื่อการจัดเวรทีม SAT ในภาวะปกติ และทีม SAT ในภาวะฉุกเฉิน - จัดทำสรุปรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพของอำเภอทุกสัปดาห์ - ทะเบียนรายชื่อทีม SAT ระดับอำเภอ ที่ผ่านการฝึกอบรมในเรื่องการวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ (Situation Awareness)
๔	การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยงโรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอ	- การจัดทำรายงาน Spot report เสนอผู้บริหาร กรณีมีแหตุการณ์การระบาด/เหตุการณ์ผิดปกติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด - รายงานประเมินความเสี่ยงโรคและภัยของอำเภอ
๕	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินระดับอำเภอมีการฝึกซ้อมแผนโรคและภัยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ อย่างน้อย ๑ เรื่อง	-มีแผนปฏิบัติการและรายงานฝึกซ้อมแผน (Incident Action plan :IAP) ทีอาจจะเกิดขึ้นในอำเภอ โดยกำหนดวิธีการปฏิบัติและข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	-	-	๘๐

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในระดับอำเภอ
๒. สถานที่ศูนย์ปฏิบัติการ ฯ ในระดับอำเภอ
๓. รายงานการประเมินสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพระดับอำเภอทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน
๓. แผนปฏิบัติการตอบโต้สถานการณ์ฉุกเฉินของอำเภอ
๔. การรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรายไตรมาส และจากการนิเทศติดตาม

ความถี่ในการรายงาน รายงานความก้าวหน้าทุก ๓ เดือน

ระดับการวัด : อำเภอ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด :	๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม	เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๐๗๓๑
	๒. นายบุญเลิศ พิมศักดิ์	เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๖๒๒๖ ๒๓๕๔
ผู้จัดเก็บข้อมูล :	นายศิริรัตน์ พึ่งสันเทียะ	เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๓๓๓๘ ๔๘๔๓
	นางสาวสุภาภรณ์ มิตรภานนท์	เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๒๖๒ ๖๔๖๖
	นางสุภาภรณ์ ทัศนพงศ์	เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๗๔๒๓ ๑๖๖๙
	นายสมบูรณ์ ปัดปอภาร	เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๐๕๐ ๓๔๗๒
	นางสุมนมาลย์ ชวลิตนิธิกุล	เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๔๖๕-๖๐๓๘
	นายวีรพล ศรีทอง	เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๗๙๔๕ ๙๘๖๔

ตัวชี้วัดที่ ๑๑ : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี
หน่วยวัด : อัตรา
น้ำหนัก : ๒
เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำ ≤๔.๕ ต่อแสนประชากรเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี
คำอธิบาย :

เด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี

การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-๑๐ = W๖๕ – W๗๔) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ

ผู้ก่อการดี หมายถึง ทีมที่มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในมาตรการต่างๆ

ผู้ก่อการดีที่ผ่านการรับรอง หมายถึง ทีมที่มีผลการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในมาตรการต่างๆผ่านตามเกณฑ์และตามจำนวนองค์ประกอบที่กำหนดในแต่ละระดับ

การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ หมายถึง มีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในเรื่องนโยบาย การบริหารจัดการ สถานการณ์และข้อมูล การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้ความรู้ การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล

แหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน หมายถึง แหล่งน้ำเพื่อการเกษตร บ่อขุด หนอง บึง ห้วย คลอง แม่น้ำ อ่างเก็บน้ำ สระว่ายน้ำ ฯลฯ

การผ่านเกณฑ์ประเมินผู้ก่อการดี หมายถึง ผู้ก่อการดีจะต้องมีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งประกอบด้วย ๑๐ องค์ประกอบ ทั้งนี้ผู้ก่อการดีระดับทองแดงจะต้องมีการดำเนินการอย่างน้อย ๖ องค์ประกอบ ได้แก่ สถานการณ์และข้อมูล การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้ความรู้ การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ ส่วนผู้ก่อการดีระดับเงินและทองจะต้องมีการดำเนินการทั้ง ๑๐ องค์ประกอบ แต่แตกต่างกันที่ปริมาณ ความถี่ และคุณภาพ

สูตรการคำนวณ

$$\frac{\text{จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำ ในปี ๒๕๖๑ X ๑๐๐,๐๐๐}}{\text{จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า ๑๕ ปี ทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

โดยกำหนดการให้คะแนน ๒ ส่วน ดังนี้

๑. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี

น้ำหนักคะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๑	≥๖.๐	๕.๕	๕.๐	๔.๕	≤๔.๐

๒. อำเภอมีทีมผู้ก่อการดีผ่านเกณฑ์การประเมินระดับทองแดงขึ้นไป

น้ำหนักคะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๕
๑	มีกิจกรรมป้องกันการจมน้ำ	อำเภอมีทีมผู้ก่อการดีผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ
	แต่ไม่ผ่านการประเมินผู้ก่อการดี	ทองแดงขึ้นไป อย่างน้อย ๑ ทีม (ต้องเป็นทีมใหม่ใน
		ปี ๒๕๖๑) หรือ ทีมที่ผ่านการประเมินระดับทองแดง
		ในปี ๒๕๒๙-๒๕๖๐ ประเมินผ่านระดับเงิน,
		ระดับ ทอง

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า ๑๕ ปี	อัตรา	๕.๑	๗.๔	๕.๙
ทีมผู้ก่อการดีผ่านเกณฑ์การประเมินระดับทองแดงขึ้นไป*	ทีม	ผ่านการประเมินระดับทองแดง จำนวน ๒๐ ทีม	ผ่านการประเมินระดับทองแดง จำนวน ๘ ทีม	ผ่านการประเมินระดับทองแดง จำนวน ๑๓ ทีม

หมายเหตุ : * เริ่มดำเนินการพัฒนาทีมผู้ก่อการดี ในปี ๒๕๕๘ เป็นปีแรก

แหล่งข้อมูล / วิธีการเก็บข้อมูล :

๑. ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม
๒. ระบบเฝ้าระวังเหตุการณ์โรคและภัยสุขภาพ
๓. ทีมผู้ก่อการดีประเมินตนเองและรายงานผลการประเมินตนเองให้คณะกรรมการฯ ระดับจังหวัด
๔. คณะกรรมการประเมินทีมผู้ก่อการดีระดับจังหวัด ประกอบด้วยภาคีเครือข่าย อปท ครู ปภ. และสาธารณสุข เพื่อร่วมประเมินรับรองการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นางสาวสุภาภรณ์ มิตรภานนท์ เบอร์ติดต่อ ๐ - ๔๓๕๑-๕๒๐๖, ๐๘๑ – ๒๖๒๖๔๖๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล :๑.นายจินตวัฒน์ บุญกาพิมพ์ เบอร์ติดต่อ ๐- ๔๓๕๑- ๕๒๐๖, ๐๘๔ - ๙๕๗๘๕๘๕

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ : อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน

หน่วยวัด : อัตรา

น้ำหนัก : ๒

เป้าหมาย : ไม่เกิน ๑๖ ประชากรต่อแสน

คำอธิบาย : การบาดเจ็บทางถนน (รหัส ICD ๑๐ = V ๐๑-V ๘๙) หมายถึง การบาดเจ็บที่เกิดจากอุบัติเหตุการจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำ และ ทางอากาศ โดยใช้นิยามผู้บาดเจ็บหมายถึง ผู้บาดเจ็บที่ได้รับการ admitted และ refer

การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน หมายถึง การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วย ใน ๒๔ ชั่วโมง จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงผู้ที่ขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข

สูตรการคำนวณ:

$$\frac{\text{จำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน x ๑๐๐,๐๐๐}}{\text{จำนวนผู้บาดเจ็บทางถนนทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ๕
๑๘	๑๗	๑๖	๑๕	๑๔

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	ไม่เกิน ๑๖ ประชากรต่อแสน	๑๕	๑๕	๑๖

แหล่งข้อมูล : จัดเก็บในระดับ รพช./รพท.

๓. รายงานโปรแกรม PHER IS online

๔. ข้อมูล ๓ ฐาน

ระดับการวัด :ระดับอำเภอ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาภรณ์ ทัศนพงศ์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๗๔๒๓-๑๖๖๙

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ : ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๓
เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐
คำอธิบาย:

กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre – Diabetes) หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่มีค่าระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร ๘ ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar ; FBS) = ๑๐๐ – ๑๒๕ mg/dl ในปีที่ผ่านมา ในเขตรับผิดชอบ

ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ (รหัส ICD -๑๐ = E๑๐ – E๑๔) ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง

สูตรการคำนวณ

ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน = (A/B)×๑๐๐

โดยที่

A = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ

B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในปีงบประมาณที่ผ่านมา

เกณฑ์การให้คะแนน

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	อัตรา	๒.๐๐	๒.๑๘	๒.๑๐

เกณฑ์วัดกระบวนการดำเนินงาน

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
อัตราประชากรPre – DM ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	อัตราประชากรPre – DM ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	อัตราประชากรPre – DM ในพื้นที่รับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้รับการตรวจน้ำตาลซ้ำและได้รับคำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	อัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๘๐	≥ ร้อยละ ๙๐	ไม่เกินร้อยละ ๒.๔๐

หมายเหตุ คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

๑. งดสูบบุหรี่และดมควันบุหรี่ อย่างน้อย ๖ เดือน

๒. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า ๓๐.๐ กก./ม.^{๒} ให้ลดน้ำหนักลงร้อยละ ๕ ของน้ำหนักเดิม ภายใน ๑ ปี ด้วยวิธีการออกกำลังกายและการควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)

๓. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างน้อย ๖ เดือน

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รายงานมาตรฐานกลางจาก ๔๓ แฟ้ม (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง (ปีงบประมาณ) ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด **:** ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางประภาศรี ทุมะลา เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๗ ๑๘๙๑

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ : ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารสดที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐาน และความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๓

เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๖

คำอธิบาย:

ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพ๖ประเภทได้แก่ผลิตภัณฑ์อาหาร(เฉพาะอาหารแปรรูป ได้แก่ น้ำ น้ำแข็ง นม เครื่องดื่ม Primary GMP ฯลฯ)ยาวัตถุเสพติดเครื่องสำอางวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุขและเครื่องมือแพทย์ที่เก็บจากสถานที่ผลิตนำเข้าหรือจำหน่ายเฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

อาหารสด หมายถึงอาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูปที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ผักผลไม้เนื้อสัตว์ อาหารทะเล น้ำมันสำหรับทอด ฯลฯ

การตรวจสอบ หมายถึงการสุ่มเก็บตัวอย่างเพื่อตรวจสอบวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการ (ตามแผนที่จังหวัดจะแจ้งหรือประสานงาน) หรือชุดทดสอบเบื้องต้นตามแผนเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยไม่นับรวมเรื่องร้องเรียนกรณีพิเศษฉุกเฉินหรือวิเคราะห์ซ้ำ

อาหารสุขภาพ (Healthy Food) นโยบายเน้นหนักปี ๒๕๖๐ ของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการใน ๔ ด้าน คือ

๑) ด้านคุณภาพและความปลอดภัย (Food Safety)

๒) ด้านโภชนาการ (ลดหวาน มัน เค็ม)

๓) ด้านโภชนศึกษาและวัฒนธรรมการบริโภค (ส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้องในการบริโภค)

๔) ด้านความมั่นคงของอาหาร (ได้แก่ การผลิต ปลูก อาหารบริโภคเองของครัวเรือน ชุมชน)

ซึ่งแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยจะเป็นกลยุทธ์สำคัญในการขับเคลื่อน ให้บรรลุเป้าหมายที่ ๔ ด้าน

สูตรการคำนวณ

ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพและอาหารสดที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานและความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด = ((A+C)/(B+D)) x 100

โดยที่

A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลวิเคราะห์จากห้องปฏิบัติการทั้งหมด

C = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบโดยชุดทดสอบเบื้องต้นที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด

D = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับผลจากชุดทดสอบเบื้องต้นทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ระดับ พิจารณาจากร้อยละของผลงานที่ทำได้ ดังนี้

ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	<๗๙	๘๐– ๘๔	๘๕– ๘๙	๙๐– ๙๕	≥๙๖

เกณฑ์การประเมิน(Quick win)

หน่วยงาน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
เครือข่ายบริการ(CUP)	๑.มีแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วยเป้าหมายการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพสถานประกอบการสถานที่จำหน่าย ๒.มีแผนดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับอำเภอร่วมกับท้องถิ่น และภาคีอื่นๆ ในมิติทั้ง ๔ ด้าน ๓.ฐานข้อมูลแหล่งปลูก คัด บรรจุ ในอำเภอ	๑. ดำเนินการเฝ้าระวังตรวจสอบผลิตภัณฑ์/สถานประกอบการ ได้ร้อยละ ๖๕ ของแผน	๑. ดำเนินการเฝ้าระวังตรวจสอบผลิตภัณฑ์/สถานประกอบการได้ร้อยละ ๑๐๐ ของแผน ๒.โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย ๓.ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน/ร้านอาหาร ผ่านเกณฑ์ผัก ผลไม้ ปลอดภัย อย่างน้อย ร้อยละ ๓๐	๑. ประชาชนในอำเภอต้องมีความรู้เรื่องการลดสารปนเปื้อนในผักและผลไม้ การลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม อย่างน้อย ร้อยละ ๗๐ (โดยการสุ่มประเมิน)
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	๑.มีแผนการจัดการความเสี่ยง (Risk Management Plan) ของผลิตภัณฑ์สุขภาพ ประกอบด้วยเป้าหมายการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพสถานประกอบการสถานที่จำหน่าย ๒.มีแผนดำเนินงานอาหารปลอดภัยระดับตำบลร่วมกับท้องถิ่น และภาคีอื่นๆ	๑. ดำเนินการเฝ้าระวังตรวจสอบผลิตภัณฑ์/สถานประกอบการ ได้ร้อยละ ๖๕ ของแผน	๑. ดำเนินการเฝ้าระวังตรวจสอบผลิตภัณฑ์/สถานประกอบการได้ร้อยละ ๑๐๐ ของแผน ๓.ศูนย์เด็กเล็ก/โรงเรียน ผ่านเกณฑ์ผัก ผลไม้ ปลอดภัย อย่างน้อย ร้อยละ ๓๐	๑. ประชาชนในอำเภอต้องมีความรู้เรื่องการลดสารปนเปื้อนในผักและผลไม้ การลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม อย่างน้อย ร้อยละ ๗๐ (โดยการสุ่มประเมิน)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพ และอาหารสด ที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานและความปลอดภัยตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	๘๘.๐๑	๘๙.๗๕	๙๑.๑๗

แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์เป้าหมายจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์

๒. ผลการตรวจวิเคราะห์จากหน่วยตรวจสอบความปลอดภัยเคลื่อนที่ : Mobile Unit (เน้นตรวจเฉพาะผักผลไม้)

๓. ผลการตรวจวิเคราะห์โดยชุดทดสอบเบื้องต้น จากเครือข่ายบริการสุขภาพ สำหรับอาหารสดประเภทต่างๆ ยกวัน ผักและผลไม้

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
๒.นายมานิตย์ ทวีหันต์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘๙ ๕๗๗ ๕๔๔๔
Email : manit๒๕๐๙@gmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : ๑.นายธีราวุฒิ มีชำนาญ เบอร์ติดต่อ : ๐๘๑ ๑๘๗๓ ๗๕๐๕ Email
Email :teerawooti@gmail.com

๒.นส.พัณณสญาศ์คำสีแก้วรัศ เบอร์ติดต่อ : ๐๘๑ ๑๖๗๐ ๔๑๗๗
Email : sopacumsikaw@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ๓

เป้าหมาย : ระดับ ๕

คำอธิบาย :พิจารณาจากระดับความสำเร็จ ดังนี้

โรงพยาบาลมีการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและสถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการพัฒนายกระดับด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital และมีระบบกลไกสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขในเครือข่าย มีการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมด้วย ดังนี้

๑. มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์GREEN&CLEAN Hospital และนำเสนอในองค์กร

๒. มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาแก้ไขปรับปรุง

๓. มีการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพสถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย (รพ.สต.) ให้มีการดำเนินงานพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์GREEN&CLEAN Hospital และมีการติดตาม ประเมินผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย

๔. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีขึ้นไป

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้น โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากรายละเอียดของการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน
๑	มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์GREEN&CLEAN Hospital และนำเสนอในองค์กร
๒	มีการนำผลการประเมินมาพัฒนาแก้ไขปรับปรุง
๓	๓.๑ มีการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพสถานบริการสาธารณสุขเครือข่าย (รพ.สต.) ให้มีการดำเนินงานพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์GREEN&CLEAN Hospital ๓.๒ มีการติดตาม ประเมินผล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่าย
๔	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ระดับดี
๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมิน GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมาก

เงื่อนไข : สิ่งสนับสนุน :

คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
แบบฟอร์มเกณฑ์การประเมินผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital
แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

การนิเทศติดตาม ประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital และการรายงานตามแบบรายงานที่กำหนด

ระดับการวัด :โรงพยาบาล

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	**:** ๑.นายแพทย์บุญมี โพธิ์สนาม	เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๐๗๓๑
	๒.นางมาลา สรรพวุธ	เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๗๘๖๕-๔๔๐๐
ผู้จัดเก็บข้อมูล	: นายอนุวัต หัวหนองหาร	เบอร์ติดต่อ : ๐๙-๐๙๐๖-๔๐๔๒

หมวด	**Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)**
แผนที่	**๕. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster)**
โครงการที่	**๑. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ**
ชื่อตัวชี้วัด	**๑๖ ความสำเร็จการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ (Primary Care Cluster)**
น้ำหนัก	**๓**
หน่วยวัด	**ระดับ**
เป้าหมาย	**๕**
คำนิยาม	**ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง** การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้ เป็นเครือข่ายการดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกัน และให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว ๑ ทีม ให้การดูแลประชาชนประมาณ ๑๐,๐๐๐ คน ± ๒๐% **ประกอบด้วย** แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ๑ คน พยาบาลวิชาชีพ/พยาบาลเวชปฏิบัติ ๔ คน ทันตาภิบาล ๑ คน เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ๑ คน นักวิชาการสาธารณสุข/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ๔ คน แพทย์แผนไทย ๑ คน รวมทีมให้บริการ ๓ ทีม (ตามบริบทของพื้นที่ของอำเภอ) เป็นกลุ่มเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) ๑ Cluster เพิ่มบุคลากรเพิ่มดูแลประชาชนในเครือข่าย ทันตแพทย์ ๑ คนเภสัชกร ๑ คน และนักกายภาพบำบัด ๑ คน (ทั้งนี้สำหรับตำแหน่งพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในปี ๒๕๖๑ อาจเริ่มต้นที่ ๕๐%) **พื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) หมายถึง** จำนวนทีมที่ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบ คลินิกหมอครอบครัว ตามแผนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ๑๐ ปี
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชน โดยทีมหมอครอบครัว เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน
แหล่งข้อมูล	๑ คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัว ๒.แผนดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว ๓.ผลการประเมินการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ๓ S Staff Structure System
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนทีมของคลินิกหมอครอบครัวที่ รพศ./รพท/รพช./รพ.สต ดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิ เป้าหมาย(สะสม) รวม ๔๑ ทีม (จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการใหม่ในปี ๒๕๖๑ จำนวน = ๓๐ ทีม เป็นข้อมูลสะสมเดิม จากปี ๒๕๖๐ จำนวน ๑๑ ทีม)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนทีม บริการการแพทย์ปฐมภูมิเป้าหมาย (ปี ๒๕๖๙ = ๑๒๖ ทีม)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน

ปี ๒๕๖๑ :

ขั้นตอนที่	ขั้นตอนการดำเนินงาน
๑	คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนการจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว ปี ๒๕๖๑
๒	แผนการดำเนินการคลินิกหมอครอบครัว
๓	แบบประเมินหน่วยบริการตามเกณฑ์การจัดตั้งคลินิกหมอครอบครัว เกณฑ์ ๓ S Staff Structure System
๔	ทีมสหวิชาชีพ มีกิจกรรมและแผนการจัดบริการกลุ่มเป้าหมาย ตามที่กำหนดสามารถตรวจสอบได้
๕	นวัตกรรม ผลงานเด่น เรื่องเล่าคลินิกหมอครอบครัว (คลิปวีดีโอ)

วิธีการประเมินผล :

ระดับคะแนน	ระดับขั้นตอนความสำเร็จ				
	ขั้นที่ ๑	ขั้นที่๒	ขั้นที่ ๓	ขั้นที่ ๔	ขั้นที่ ๕
๑	✓				
๒	✓	✓			
๓	✓	✓	✓		
๔	✓	✓	✓	✓	
๕	✓	✓	✓	✓	✓

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. นางขนิษฐา นาสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
งานปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๓๕๑ ๑๗๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๔๗๙๒ ๑๒๓๔
โทรสาร : ๐ ๔๓๕๑ ๑๐๘๗ E-mail : kanitha๑๐๑@hotmail.com

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน

๑. นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุบ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓-๕๑๑๗๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
โทรสาร : E-mail :

๒. นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนายการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๓๕๑๑๗๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕๐๐๕๙๙๓๘
โทรสาร : ๐๔๓๕๑๑๐๘๗ E-mail : AProiet@yahoo.com

กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

๓. นางขนิษฐา นาสุข นักวิชาการสาธาณรสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๓๕๑ ๑๗๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๔๗๙๒ ๑๒๓๔
โทรสาร : ๐ ๔๓๕๑ ๑๐๘๗ E-mail : kanitha๑๐๑@hotmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๑๗.๑ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๒

เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

คำอธิบาย:

ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA_1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ หรือ ๓

หมายเหตุ : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๕๗ ซึ่งแบ่งเป็น ๓ กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี ๒๕๕๙ ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี ๒๕๖๐ อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ = (A/B) x ๑๐๐ โดยที่

A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถ	ร้อยละ	๒๓.๒	๒๗.๐๑	๒๐.๑๑
ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี				

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รายงานมาตรฐานกลางจาก ๔๓ แฟ้ม (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางประภาศรี ทุมะลา เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๗ ๑๘๙๑

ตัวชี้วัดที่ ๑๗.๒ : ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๑
เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐
คำอธิบาย:

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

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = I๑๐ - I๑๕ และ Type area = ๑ และ ๓

สูตรการคำนวณ :

ร้อยละของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ = (A/B) x ๑๐๐ โดยที่

A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมดที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด

B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
๓๐	๑ คะแนน
๓๕	๒ คะแนน
๔๐	๓ คะแนน
๔๕	๔ คะแนน
๕๐	๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๔๕.๖๓	๓๓.๖๖	๔๖.๒๔

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รายงานมาตรฐานกลางจาก ๔๓ แฟ้ม (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางประภาศรี ทุมะลา เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๗ ๑๘๙๑

ตัวชี้วัดที่ ๑๘ : อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๑
เป้าหมาย : น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗
คำอธิบาย:

๑. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙)

๒. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

๓. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะทุกกรณี

สูตรการคำนวณ :

(A/B) × ๑๐๐ โดยที่

A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย

B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
ร้อยละ ๘	๑ คะแนน
ร้อยละ ๗.๕	๒ คะแนน
ร้อยละ ๗	๓ คะแนน
ร้อยละ ๖.๕	๔ คะแนน
ร้อยละ ๖	๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD – ๑๒ แฟ้ม) จากหน่วยบริการแต่ละแห่ง รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด/**รพ.**

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๒๐๐๒

ตัวชี้วัดที่ ๑๙ : ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์ (RDU)
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๓
เป้าหมาย : ๖๐
คำอธิบาย:

การประเมินโรงพยาบาลใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอซึ่งประกอบด้วยการประเมินRDU๑ RDU๒และ RDU Community

- RDU ๑ หมายถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย (โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน) เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์เป้าหมาย

- RDU ๒ หมายถึงหน่วยบริการลูกข่าย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ) มีการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างรับผิดชอบใน ๒ โรคตามเกณฑ์เป้าหมายคือ

๑) มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน น้อยกว่า ร้อยละ๒๐

๒) มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐ -RDU Community คือ ระบบการส่งเสริมความปลอดภัยด้านยาในชุมชน (บุคคล ครอบครัว ชุมชน) สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย คือ

๑) ระดับบุคคล มีความรู้เรื่องยาสเตียรอยด์และยาปฏิชีวนะ มากกว่า ร้อยละ ๘๐

๒) ระดับครอบครัว

๒.๑ ร้อยละครัวเรือนของประชากรกลุ่มเสี่ยง พบยาสเตียรอยด์ ในครัวเรือน ไม่เกินร้อยละ ๑๐

๒.๒ ร้อยละครัวเรือนของประชากรกลุ่มเป้าหมาย พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐

๓) ระดับชุมชน ร้านค้า ร้านชำ มีการจำหน่ายยาชุด ยาปฏิชีวนะ ไม่เกินร้อยละ ๑๐

สำหรับในปี ในปี ๒๕๖๑ RDU๑ เป็นประเมินในภาพรวมจังหวัด ส่วน RDU๒ ประเมินระดับเครือข่ายบริการสุขภาพและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

สูตรการคำนวณ

ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU2) = (A/B) x๑๐๐

โดยที่

A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านRDU๒

B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในเครือข่ายบริการสุขภาพ

เกณฑ์การให้คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากร้อยละของผลงานที่ทำได้ ดังนี้

ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	<๔๔	๔๕–๔๙	๕๐– ๕๔	๕๕– ๕๙	≥๖๐

เกณฑ์การประเมิน (Quick win)

หน่วยงาน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
เครือข่ายบริการ (CUP)				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์ RDU๒	ร้อยละ	๐	๐	๐

แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. โปรแกรม HDC
๒. โปรแกรม Nemocare
๓. แบบประเมิน RDU Community
๔. จากการประเมินและนิเทศติดตามงาน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
๒.นายมานิตย์ ทวีหันต์ เบอร์ติดต่อ ๐๘๙ ๕๗๗ ๕๔๔๔
Email : manit๒๕๐๙@gmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : ๑.นางขวัญสุดา โกวิทางกูร เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๐๕๙๑ ๖๖๘๕
Email : Khuan๑๐๑@gmail.com
๒. นส.พัณณสญาศ์ คำสีแก้วรัศ เบอร์ติดต่อ ๐๘๑ ๑๖๗๐ ๔๑๗๗
Email : sopacumsikaw@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๒๐ : อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ
หน่วยวัด : อัตรา
น้ำหนัก : ๑
เป้าหมาย : ไม่เกิน ๖ ต่อแสนประชากร

คำอธิบาย : การฆ่าตัวตาย หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริงๆ เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมา หรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ

อัตราการฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน หมายถึง จำนวนผู้ที่เสียชีวิตจากสาเหตุการฆ่าตัวตาย ในจำนวนประชากรแสนคน

สูตรการคำนวณ:

$$\textbf{อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี ๒๕๖๑} \times ๑๐๐,๐๐๐}{\text{จำนวนประชากรกลางปี}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
≥ ๖.๔	๖.๓	๖.๒	๖.๑	≤ ๖.๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อัตราฆ่าตัวตายต่อประชากรแสนคน	๓.๓๖	๕.๔๓	๕.๓๕

เงื่อนไข กรณีอำเภอที่มีผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมาเกิน ๖.๓ ต่อประชากรแสนคน ต้องลดลงอย่างน้อยร้อยละ ๑๐

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

- รายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย
- แบบรายงาน การเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเองเอง กรมสุขภาพจิต (รง ๕๐๖ S) ,รายงาน มบ.๑
- ข้อมูลสุขภาพ ๔๓ แฟ้ม

ระดับการวัด : ระดับจังหวัด ระดับอำเภอ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
๒.นางอัมรา ธำรงทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๖๔-๐๕๑๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุมนมาลย์ ชวลิตนิธิกุล เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๕๔๖๕-๖๐๓๘

ตัวชี้วัดที่ ๒๑ : อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลง

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๑

เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ ๕

คำอธิบาย:

อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ หมายถึง จำนวนตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ =I๒๐ - I๒๕) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น

เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (ปี ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔) คือ ลดอัตราตาย จากโรคหลอดเลือดหัวใจลดลงร้อยละ ๑๐ เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ๒๕๕๕ โดยเริ่มรายงานตั้งแต่ปี ๒๕๖๐ เป็นต้นไป และวัดผลลัพธ์สุดท้ายในปี ๒๕๖๔

สูตรการคำนวณ :

๑.อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ = (A/B) × ๑๐๐,๐๐๐ โดยที่

A = จำนวนประชากรที่ตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (รหัส ICD-๑๐ =I๒๐-I๒๕)

B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน

๒. อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดลง = ((B – A)/A) X ๑๐๐ โดยที่

A = อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ก่อนปีงบประมาณที่วิเคราะห์

B = อัตราอัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
≤ ร้อยละ ๑	๑ คะแนน
ร้อยละ ๒	๒ คะแนน
ร้อยละ ๓	๓ คะแนน
ร้อยละ ๔	๔ คะแนน
≥ ร้อยละ ๕	๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๖	๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙
อัตราตายจากโรคหลอดเลือดหัวใจ	ร้อยละ	๒๑.๐๑ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๖.๕๗)	๒๒.๓๙ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๖.๕๗)	๒๓.๑๖ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๓.๔๔)	N/A

หมายเหตุ ข้อมูลอัตราการตายจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๒๐๐๒

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๑ : ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๑
เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๕
คำอธิบาย:
๑) มะเร็ง ๕ อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งตับ (C๒๒๐-C๒๒๙) มะเร็งปอด (C๓๔๐-C๓๔๙) มะเร็งเต้านม (C๕๐๐-C๕๐๙) มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก (C๑๘๐-C๒๐๙) และมะเร็งปากมดลูก (C๕๓๐-C๕๓๙)
๒) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ๔ สัปดาห์ (๒๘ วัน)

โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา
- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น วันทำ CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่ผลนำมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง เป็นต้น
- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่โดยแยกรายงานจังหวัดหรืออำเภอที่ส่งต่อเพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อ

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

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)
- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๑.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

๔) ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน ๖ สัปดาห (๔๒ วัน) โดยนับจาก

- วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่ใช้ยืนยันการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา
- วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรกที่ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)
- ในกรณีที่ไม่มีการตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่นและผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้ใช้หลักการเดียวกับข้อ ๑.ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

หมายเหตุ การรายงานตัวชี้วัดผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ๕ โรค ไม่รวมกรณี Metastatic (Unknown primary)
เกณฑ์เป้าหมาย

๑.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๘๕
๒.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ ร้อยละ ๘๕
๓.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์ ≥ร้อยละ ๘๕

วิธีการเก็บข้อมูล

๑.จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา

๒.จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษาได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา(R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๓.ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องบันทึกเพื่อประมวงผลได้แก่

๓.๑ วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์ (Obtained_date) วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรคมะเร็งและเป็นครั้งที่ยืนยันโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ

๓.๒ วันผ่าตัด (Operation_date) เพื่อการรักษา

๓.๓ วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย

๓.๔ วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้ายกรณีการวินิจฉัยไม่สามรถตัดชิ้นเนื้อ

๓.๕ วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น CT, MRI, Ultrasound, X-ray โดยนับจากครั้งที่นำผลมาตัดสินใจให้การรักษามะเร็ง

สูตรการคำนวณ :

๑. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์

$$(A/B) \times ๑๐๐$$

โดยที่

A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา ๔ สัปดาห์ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

๒. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

$$(A/B) \times ๑๐๐$$

โดยที่

A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ภายในระยะเวลา ๖สัปดาห์ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

๓.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา ๖ สัปดาห์

$$(A/B) \times ๑๐๐$$

โดยที่

A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ภายในระยะเวลา ๖สัปดาห์ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

B = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
≤ ร้อยละ๖๕	๑ คะแนน
ร้อยละ๗๐	๒ คะแนน
ร้อยละ๗๕	๓ คะแนน
ร้อยละ๘๐	๔ คะแนน
≥ร้อยละ๘๕	๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
๑.ผู้ป่วยะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A	๖๖.๐๔ %
๒.ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด	ร้อยละ				๘๖.๑๗ %
๓.ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา	ร้อยละ				๙๘.๓๑ %

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จาก Hospital Based Cancer Registry (Thai Cancer Based หรือ ระบบ CancerInformatics ของโรงพยาบาล)

๒. หน่วยบริการศัลยกรรม ห้องผ่าตัด เคมีบำบัด และรังสีรักษาสามารถบันทึกข้อมูลส่วนที่เกี่ยวข้องผ่าน TCB ได้ ควบคู่กับงานทะเบียนมะเร็ง

๓. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางประกอบแก้ว ดีเสมอ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๒ ๖๐๖๙, ๐๙ ๑๘๖๕ ๙๕๗๔

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๒ : อัตราตายจากมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี ลดลง

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๑

เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ ๕

คำอธิบาย:

อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี (รหัส ICD-๑๐ =C๒๒๐ - C๒๒๙) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น

เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี ลดลงร้อยละ ๕ เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ๒๕๕๘

สูตรการคำนวณ :

๑. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี

(A/B) × ๑๐๐,๐๐๐

โดยที่ A = จำนวนประชากรที่ตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี (รหัส ICD-๑๐ = C๒๒๐ - C๒๒๙)

B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน

๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี ลดลง

((B – A)/A) X ๑๐๐

โดยที่ A = อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี **ก่อนปีงบประมาณที่วิเคราะห์**

B = อัตราอัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี **ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์**

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
≤ ร้อยละ ๖.๐	๕ คะแนน
ร้อยละ ๕.๕	๔ คะแนน
ร้อยละ ๕.๐	๓ คะแนน
ร้อยละ ๔.๕	๒ คะแนน
≥ ร้อยละ ๔.๐	๑ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๙
อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ/ท่อน้ำดี มะเร็งตับ/ท่อน้ำดี (รหัส ICD-๑๐ =C๒๒๐ - C๒๒๙) ลดลง	อัตราต่อแสนประชากร	๕๘.๓๐ (เพิ่มขึ้นร้อยละ ๔.๕๔)	๕๕.๑๑ (ลดลงร้อยละ ๕.๔๗)	๑๕.๑๔ (ลดลงร้อยละ ๗๒.๕๓)	N/A

หมายเหตุ ข้อมูลอัตราการตายจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางประกอบแก้ว ดีเสมอ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๒ ๖๐๖๙, ๐๙ ๑๘๖๕ ๙๕๗๔

ตัวชี้วัดที่ ๒๒.๓ : อัตราตายจากมะเร็งปอดลดลง

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ร้อยละ ๑

เป้าหมาย : ลดลงร้อยละ ๕

คำอธิบาย:

อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด หมายถึง จำนวนตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-๑๐ =C๓๓๐ - C๓๔๙) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น

เป้าหมายของการลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด คือ ลดอัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลงร้อยละ ๕ เปรียบเทียบกับ baseline ในปี ๒๕๕๘

สูตรการคำนวณ :

๑. **อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด**

(A/B) × ๑๐๐,๐๐๐

โดยที่ A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งปอด (รหัส ICD-๑๐ = C๓๓๐ - C๓๔๙)

B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน

๒. อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด ลดลง

((A – B)/A) X ๑๐๐

โดยที่ A = อัตราตายจากโรคมะเร็งปอด **ก่อนปีงบประมาณที่วิเคราะห์**

B = อัตราอัตราตายจากโรคมะเร็งปอด **ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์**

เกณฑ์การให้คะแนน

ร้อยละ	คะแนน
≤ ร้อยละ ๕.๐	๕ คะแนน
ร้อยละ ๔.๕	๔ คะแนน
ร้อยละ ๔	๓ คะแนน
ร้อยละ ๓.๕	๒ คะแนน
≥ร้อยละ ๓.๐	๑ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อัตราตายจากโรคมะเร็งปอดลดลง	อัตราต่อแสนประชากร	๑๗.๑๙ (ลดลง ร้อยละ ๘.๕๖)	๑๗.๔๓ (เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๑.๔๐)	๒.๘๓ (ลดลง ร้อยละ ๘๓.๗๖)	N/A

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย

๒. ประเมินผลปีละ ๑ ครั้ง ในรอบ ๑๒ เดือน

ระดับการวัด : จังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๙๗๔ ๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางประกอบแก้ว ดีเสมอ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๒ ๖๐๖๙, ๐๙ ๑๘๖๕ ๙๕๗๔

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	๒๓. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<๔ ml/min/๑.๗๓$m^{๒}$/yr
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR หมายถึง estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๗	ร้อยละ ๖๘	ร้อยละ ๖๙

วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล และ ได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า ในปีงบประมาณ ● ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น ๑. N๑๘๓-๑๘๔ หรือ ๒. N๑๘๙,E๑๐๒, E๑๑๒, E๑๒๒, E๑๓๒, E๑๔๒ ,I๑๒, I๑๓, I๑๕๑, N๐๘๓, N๐๒, N๐๓, N๐๔, N๐๕, N๐๖, N๐๗, N๐๘, N๑๑, N๑๓, N๑๔, N๒๐, N๒๑, N๒๒, N๒๓ ที่มี eGFR น้อยกว่า ๖๐ แต่ มากกว่าหรือเท่ากับ ๑๕
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (๔๓ แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time
แหล่งข้อมูล	HDC
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < ๔
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ ตอนเริ่มประเมิน สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine และ มีผล eGFR ≥ ๒ ค่า
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔ (แต่สามารถดูผลผ่าน HDC ที่มีการประเมินผลตลอดปีแบบ real time)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๑:

	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
ปี	-	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖	ร้อยละ ๖๖

๒๕๖๒:

ปี

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	ร้อยละ ๖๗	ร้อยละ ๖๗	ร้อยละ ๖๗

๒๕๖๓:

ปี

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	ร้อยละ ๖๘	ร้อยละ ๖๘	ร้อยละ ๖๘

๒๕๖๔:

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
-	ร้อยละ ๖๙	ร้อยละ ๖๙	ร้อยละ ๖๙

วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC เนื่องจากเป็นอัตราส่วนความสำเร็จต่อจำนวนผู้ป่วย CKD ที่มารับบริการ ณ เวลานั้นๆ แต่เพื่อความครอบคลุมของผู้มาใช้บริการจริงในภาพรวมของปี จึงควรประเมินผลช่วงสิ้นปีงบประมาณซึ่งเป็นช่วงที่มีผู้ป่วยมาใช้บริการสะสมมากที่สุด
เอกสารสนับสนุน :	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. ๒๕๕๘ สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
-	ร้อยละ	๖๖.๕๗	๖๓.๗๖	๗๓.๖๕	๗๗.๒๔
		๓,๓๐๔/๔,๙๖๓	๕,๑๗๑/๘,๑๑๐	๑๐,๔๐๔/๑๔,๒๔๙	๕,๒๕๒/๖๘๐๕

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นพ.ณรงค์ชัย สังซา ตำแหน่ง : นายแพทย์ชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โทรศัพท์มือถือ : โทรสาร : E-mail : **โรงพยาบาลร้อยเอ็ด**
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	คณะทำงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาไต จังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นางบุษบา บัวผัน ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๔๓-๕๑๓๗๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๘-๐๕๖๔๓๘๑ โทรสาร :๐๔๓-๕๑๑๐๘๗ E-mail :budsa๑๐๑@hotmail.com ๒.นางกาญจนา บวรโมทย์ ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๔๓-๕๑๘๒๐๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๒๒๗๑๑๕๕ โทรสาร : ๐๔๓-๕๑๑๕๐๓ E-mail

ตัวชี้วัดที่ ๒๔ : ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่อง (Remission)
หน่วยวัด : ร้อยละ ๗๐
น้ำหนัก : ๒
คำอธิบาย : ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด

สูตรการคำนวณ :

(A/B) x ๑๐๐
A =จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าการบำบัดรักษา และหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา ๓ เดือน ๖ เดือน และ ๑๒ เดือน
B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่าย

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๒	ร้อยละ ๗๔	ร้อยละ ๗๖

เกณฑ์การประเมิน :

ปี ๒๕๖๑

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๗๐	๗๐	-	๗๐

ปี ๒๕๖๒

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๗๒	๗๒	-	๗๒

ปี ๒๕๖๓

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๗๔	๗๔	-	๗๔

ปี ๒๕๖๔

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๗๖	๗๖	-	๗๖

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๖๖	๖๘	๗๐	๗๒	๗๔

เงื่อนไข :
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ๓ เดือน	ร้อยละ	๗๐.๖๕	๖๙.๕๗	๖๓.๖๙
ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ๖ เดือน	ร้อยละ	๗๘.๙๕	๗๐.๑๘	๔๙.๕๒
ผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา ๑๒ เดือน	ร้อยละ	๗๒.๙๓	๗๐.๙๖	๔๐.๖๘

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

สถานบริการ(โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการบำบัดรักษา) จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต. ผ่านเครือข่าย Internet

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
๒.นางอัมรา ธำรงทรัพย์ เบอร์ติดต่อ : ๐-๙๘๐๙-๖๙๒๒๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางปิยกัณญา แก่นวิชา เบอร์ติดต่อ : ๐-๙๑๘๖-๗๙๓๙๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๕ : ระดับความสำเร็จของหน่วยบริการสุขภาพที่ให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care)

หน่วยวัด : ระดับ

น้ำหนัก : ๑

เป้าหมาย : ระดับ ๕

คำอธิบาย :

หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลทุกระดับที่เปิดให้บริการผู้ป่วยใน

ระดับความสำเร็จ หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการดำเนินการดังนี้

๑. มีโครงสร้าง มีคณะทำงาน มีคลังอุปกรณ์ และกายอุปกรณ์

๒. มีแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม home health care/งานปฐมภูมิ และรพ.สต.ในพื้นที่ตามบริบท

๓. มีทีมแพทย์ให้การสนับสนุน มีการสนับสนุนด้านวิชาการ ทำ Team meeting โดยสหสาขาวิชาชีพ

๔. มีการให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก การเยี่ยมบ้าน รวมถึงส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหาซ้ำซ้อน และ มีเตียงรองรับผู้ป่วย Intermediate care แห่งละ ๒ เตียง

๕. มีการสรุปผลการดำเนินงานIntermediate careรายไตรมาส

การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว (medically stable*) แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนโดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลาง ยังต้องการ การดูแลทางการแพทย์ พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (intermediate bed หรือ intermediate ward) โดยการดูแลหลักในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อน สามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งนี้ เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน๖ สัปดาห์หรือ ๔๕ วัน**)

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย :

๑) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (post-acute stroke)

๒) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง

๓) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่และต้องการการดูแลระยะกลาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มี BOR และมีความเสี่ยง re-admission สูง, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูแบบ intensive rehabilitation, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินแบบองค์รวมและฟื้นฟูสมรรถนะ, กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น

เกณฑ์การการให้คะแนน :

ระดับคะแนน	ระดับชั้นของความสำเร็จ				
	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕
๑	√				
๒	√	√			
๓	√	√	√		
๔	√	√	√	√	
๕	√	√	√	√	√

โดยที่ :

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน
๑	มีโครงสร้าง มีคณะทำงาน มีคลังอุปกรณ์ และกายอุปกรณ์
๒	มีแผนการดำเนินงานร่วมกับทีม home health care/งานปฐมภูมิ และรพ.สต.ในพื้นที่ตามบริบท
๓	มีทีมแพทย์ให้การสนับสนุน มีการสนับสนุนด้านวิชาการ ทำ Team meeting โดยสหสาขาวิชาชีพ
๔	มีการให้บริการทั้งแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอก การเยี่ยมบ้าน รวมถึงส่งต่อผู้ป่วยในรายที่มีปัญหา
	ซ้ำซ้อน และ มีเตียงรองรับผู้ป่วย Intermediate care แห่งละ ๒ เตียง
๕	มีการสรุปผลการดำเนินงาน Intermediate care รายไตรมาส

แหล่งข้อมูล : รายงานผลการดำเนินงานการดูแลระยะกลาง/การนิเทศติดตามรายไตรมาส

ระดับการวัด : โรงพยาบาลทุกระดับที่เปิดให้บริการผู้ป่วยใน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด **:** ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
๒.นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ เบอร์ติดต่อ ๐๘๔๖๐๐ ๕๕๖๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอุทัยรัตน์ โสปะติ เบอร์ติดต่อ ๐๙๘๑๐๔ ๙๔๒๐

ตัวชี้วัดที่ ๒๖ : ร้อยละ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๒
เป้าหมาย : ๕๐
คำอธิบาย : ECS : Emergency Care System หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้นทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยสุขภาพด้านต่างๆ ประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ ต่อเนื่องถึง การดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน การดูแลในโรงพยาบาล การดูแลเฉพาะทาง การส่งต่อ รวมถึงการจัดระบบบริบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ และการเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติของสถานพยาบาล การเตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินหมู่ โดยใช้แบบประเมินด้านการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล (Hospital Based Emergency Care System) ของกรมการแพทย์ ทั้ง ๓ มิติ ๑๒ องค์ประกอบ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพทั้งระบบ การประเมินประกอบด้วย การประเมินตนเอง จากองค์กร หรือ ผู้นิเทศจากภายนอก (External survey)

สูตรการคำนวณ:

$$\frac{\text{ค่าคะแนนที่ได้จากการประเมินทั้ง ๓ มิติ ๑๒ องค์ประกอบ x ๑๐๐}}{\text{ค่าคะแนนทั้ง ๓ มิติ ๑๒ องค์ประกอบทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ๕
๓๐	๔๐	๕๐	๖๐	๗๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๕๙
ร้อยละ ECS คุณภาพในโรงพยาบาล ตามแบบประเมิน ๓ มิติ ๑๒ องค์ประกอบ	ร้อยละ ๕๐	-	-	๕๗.๔๓

แหล่งข้อมูล : จัดเก็บในระดับ รพช./รพท.

๕. รายงานการประเมินตนเองตามแบบประเมิน
๖. รายงานการประเมินจากผู้นิเทศภายนอก

ระดับการวัด :ระดับอำเภอ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายวัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๘๗๒-๑๗๐๖
๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาภรณ์ ทัศนพงศ์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๗๔๒๓-๑๖๖๙

ตัวชี้วัดที่ ๒๗ : อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๒

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๕

คำอธิบาย : ๑. อัตราความสำเร็จของการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลการรักษาหายรวมรักษาครบ ดังนี้

๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา

๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ

๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติโดยแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

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

๒.๒ ผู้ป่วยที่มีผลวินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B-) หมายถึงผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค

๓. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สูตรการคำนวณ : $\frac{A \times ๑๐๐}{B}$

รายการข้อมูล ๑ : A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๑ เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๑

B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐)

เกณฑ์การให้คะแนน :

ร้อยละ	คะแนน
$\leq$๘๑	๑ คะแนน
๘๒	๒ คะแนน
๘๓	๓ คะแนน
๘๔	๔ คะแนน
$\geq$๘๕	๕ คะแนน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	๒๕๕๘	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๙		
			Cohort ๑/๕๙	Cohort ๒/๕๙	Cohort ๓/๕๙
อัตราความสำเร็จการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	๘๙.๐๗	๘๙.๖๐	๘๕.๐๐	๘๔.๔๐

แหล่งข้อมูล/วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๑ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๐) แยกเป็นรายอำเภอ ตามแบบฟอร์ม TB ๐๘ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกรายบุคคล โปรแกรม TBCM Online

ระดับการวัด : ระดับอำเภอ

ผู้กำกับการดูแลตัวชี้วัด : นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล **เบอร์ติดต่อ** :๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖
นางสาวยุวดี วานิชชัง **เบอร์ติดต่อ** : ๐ ๔๓๕๑ ๑๗๕๔ ต่อ ๑๑๘ ,
มือถือ ๐๘ ๖๒๒๖ ๘๓๘๑

ผู้จัดเก็บข้อมูล **:** นางวิลาวัลย์ ปากวิเศษ **เบอร์ติดต่อ** : ๐๘ ๑๕๘๑ ๔๘๒๕
E-Mail : J_um๑๐๑@Hotmail.com.

ตัวชี้วัดที่ : ๒๘ : ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเมืองสมุนไพร (Herbal City)
หน่วยวัด: : ระดับ
น้ำหนัก: : ๑
เป้าหมาย: : ๕
คำอธิบาย:

เมืองสมุนไพรหมายถึงภาพจำลองของโครงการที่เป็นรูปธรรมภายใต้แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทยฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔ โดยมุ่งเน้นให้พื้นที่ดำเนินการส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาสมุนไพรให้เข้าสู่ระบบสุขภาพและระบบเศรษฐกิจแบบครบวงจรในระดับอำเภอและจังหวัดตั้งแต่ต้นทางกลางทางและปลายทางโดยอาศัยกลไกการมีส่วนร่วมตามแนวทางประชารัฐและมีผลการดำเนินงานภายใต้ ๔ มาตรการ ดังนี้

มาตรการที่ ๑ สร้างความเข้มแข็งของการบริหารและนโยบายของรัฐเพื่อการขับเคลื่อนพื้นที่ฐานรากอย่างยั่งยืน

มาตรการที่ ๒ พัฒนาวัตถุดิบสมุนไพรยกระดับมูลค่าผลผลิตให้กับเกษตรกร

มาตรการที่ ๓ ขยายช่องทางการใช้ประโยชน์เพิ่มมูลค่าและการตลาด

มาตรการที่ ๔ ส่งเสริมการใช้สมุนไพรในระบบบริการ

ในระดับอำเภอ วัดระดับความสำเร็จ ๘ ด้าน ดังนี้

๑. มีกลุ่มแกนนำด้านสมุนไพรอย่างน้อย ๑ กลุ่ม
๒. มีฐานข้อมูลผู้ปลูก/พื้นที่ปลูก/แปรรูป/ปริมาณวัตถุดิบสมุนไพร
๓. มีข้อมูลความต้องการวัตถุดิบสมุนไพร/ผลิตภัณฑ์สมุนไพร สำหรับใช้ในสถานบริการหรือส่งออกจำหน่าย
๔. จัดตั้ง Shop/ Outlet อย่างน้อย ๑ แห่ง จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ในสถานบริการ
๕. มูลค่าของการใช้สมุนไพรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มขึ้นร้อยละ๑๐(จากปี ๒๕๖๐)
๖. มีการใช้ยาสมุนไพร First Lin Drug ได้แก่ ขมิ้นชัน ฟ้าทะลายโจร
๗. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานร้อยละ๑๐สำหรับโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ร้อยละ ๒๐ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และร้อยละ ๓๐ สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
๘. โรงพยาบาล มีคลินิกบริการแพทย์แผนไทยคุณภาพ อย่างน้อย ๑ คลินิก (อัมพฤกษ์อัมพาต ข้อเสื่อม ไมเกรน ภูมิแพ้)

เกณฑ์การให้คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากร้อยละของผลงานที่ทำได้ ดังนี้

ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	๔ ข้อ	๕ ข้อ	๖ ข้อ	๗ ข้อ	๘ ข้อ

เกณฑ์การประเมิน (Quick win) หน่วยงาน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
เครือข่ายบริการ (CUP)				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเมืองสมุนไพร (Herbal City)	ระดับ	๐	๐	๐

แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. จากแบบรายงานโครงการเมืองสมุนไพร

๒. จากการนิเทศติดตาม

๓. โปรแกรม HDC

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๒ ๑๗๐๖

๒.นายมานิตย์ ทวีหันต์ เบอร์ติดต่อ ๐๘๙ ๕๗๗ ๕๔๔๔

Email : manit๒๕๐๙@gmail.com

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอัจฉรียา อภัยสูงเนิน เบอร์ติดต่อ ๐๘๑๘๗๑ ๗๒๖๔

Email : ach_tuk@yahoo.com

ตัวชี้วัดที่ ๒๙ : ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

หน่วยวัด : **ระดับ**

น้ำหนัก : **๔**

เป้าหมาย : **ระดับ ๕**

<u>คำอธิบาย</u>:

การบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง อำเภอมีกระบวนการในการดำเนินการเพื่อให้กำลังคนด้านสุขภาพของอำเภอมีปริมาณที่เพียงพอ มีขีดสมรรถนะอย่างมืออาชีพ และมีศักยภาพตามเกณฑ์มาตรฐานในทุกระดับการบริการสุขภาพ ประชาชนเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมทุกสิทธิ โดยในกระบวนการต้องมีองค์ประกอบดังนี้

๑) การวางแผนการผลิตและพัฒนากำลังคน ของอำเภอ หมายถึง กระบวนการวางแผนพัฒนาบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพภายใต้แผนความต้องการอัตรากำลังคนด้านสุขภาพในระยะ ๕ ปี ครอบคลุมทั้ง ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ประกอบด้วย

<u>๑.บุคลากรวิชาชีพ</u> (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข

๒.<u>บุคลากรสหวิชาชีพ</u> (Allied Health professionals)ได้แก่

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

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

๓. <u>บุคลากรสนับสนุน</u> (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าพนักงาวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์

๔.<u>บุคลากรสายสนับสนุน</u> (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าพนักงานพัสดุ นิติกร นักสถิติ นักวิชาการ/ เจ้าพนักงาน คอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ

๕.<u>บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน</u> ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น

๒) การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการสร้างความสัมพันธ์และการประสานงานระหว่างหน่วยที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ทั้งหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นเพื่อพัฒนาความร่วมมือ ในการผลิตและพัฒนากำลังคนในอำเภอ เพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพบุคลากรในอำเภอ

๓) การบริหารงบประมาณด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการวางแผน/จัดสรร/ติดตามการใช้งบประมาณที่สนับสนุนความต้องการกำลังคนทั้งด้านจำนวนและศักยภาพภาพที่ตอบสนองยุทธศาสตร์จังหวัด/อำเภอ โดยพิจารณาจากการกำหนดเป้าหมายความต้องการ/พัฒนากำลังคน ผลการพัฒนา และร้อยละการใช้งบประมาณได้ตามแผนที่กำหนด

๔) การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน หมายถึง กระบวนการในการสรรหา จัดสรร กระจายบุคลากร ทั้งด้านจำนวนและศักยภาพ โดยกำหนดจากความต้องการนำไปสู่การวางแผนการผลิตและพัฒนาที่สอดคล้องกัน รวมทั้ง การกำหนดเนื้อหาหลักสูตรด้านการผลิตและพัฒนาที่ตอบสนองยุทธศาสตร์

๕) การประเมินผลกระทบระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนาของอำเภอ หมายถึง กระบวนการบริหารจัดการที่อำเภอดำเนินการส่งผลกระทบต่อปัจจัยเกี่ยวข้องต่างๆ เช่น การวางแผนความต้องการและพัฒนาบุคลากรในอำเภอ/บุคลากร/การสรรหา/การคัดสรร/การจัดบริการแก่ประชาชน เป็นต้น โดยต้องประเมินสถานการณ์ ความเสี่ยง ความคุ้มทุน และข้อขัดแย้ง/ความสมดุลทางวิชาชีพ จนเกิดผลเสียในภาพรวม
เกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด หมายถึง ผลลัพธ์ที่คาดหวังของการดำเนินการทั้ง ๕ องค์ประกอบที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ	ระดับ
๑.การวางแผนพัฒนากำลังคนของอำเภอ/จังหวัด	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence และครอบ คลุม ๕ กลุ่มสาขา/วิชาชีพ ทุกสายงาน ทุกระดับบริการ	๕
	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง **๕** กลุ่มสาขา/วิชาชีพ **(อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน)** ทุกระดับบริการ	๔
	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง **๔** กลุ่มสาขา/วิชาชีพ **(อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน)** ทุกระดับบริการ	๓
	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง **๓** กลุ่มสาขา/วิชาชีพ **(อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน)** ทุกระดับบริการ	๒
	แผนความต้องการพัฒนากำลังคน(ทั้งจำนวนและศักยภาพ) เชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ ๔ Excellence ครอบคลุมทั้ง **๒** กลุ่มสาขา/วิชาชีพ **(อาจไม่ครอบคลุมทุกสายงาน)** ทุกระดับบริการ	๑
๒.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	มีการประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สถาบัน/รพ.แม่ข่าย/รพ.ร้อยเอ็ด ในการพัฒนาศักยภาพกำลังคนของหน่วยงานครอบคลุมร้อยละ ๑๐๐	๕
	มีการประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สถาบัน/รพ.แม่ข่าย/รพ.ร้อยเอ็ด ในการพัฒนาศักยภาพกำลังคนของหน่วยงานครอบคลุมร้อยละ ๘๐	๔
องค์ประกอบ	**เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ**	**ระดับ**
๒.การสร้างความร่วมมือด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน(ต่อ)	มีการประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สถาบัน/รพ.แม่ข่าย/รพ.ร้อยเอ็ด ในการพัฒนาศักยภาพกำลังคนของหน่วยงานครอบคลุมร้อยละ ๖๐	๓
	มีการประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สถาบัน/รพ.แม่ข่าย/รพ.ร้อยเอ็ด ในการพัฒนาศักยภาพกำลังคนของหน่วยงานครอบคลุมร้อยละ ๔๐	๒
	มีการประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /สถาบัน/รพ.แม่ข่าย/รพ.ร้อยเอ็ด ในการพัฒนาศักยภาพกำลังคนของหน่วยงานครอบคลุมร้อยละ ๒๐	๑

๓.การบริหารงบประมาณด้านการพัฒนากำลังคน	การเบิกจ่ายงบประมาณพัฒนาศักยภาพบุคลากรร้อยละ๑๐๐	๕
	การเบิกจ่ายงบประมาณพัฒนาศักยภาพบุคลากรร้อยละ๙๐	๔
	การเบิกจ่ายงบประมาณพัฒนาศักยภาพบุคลากรร้อยละ๘๐	๓
	การเบิกจ่ายงบประมาณพัฒนาศักยภาพบุคลากรร้อยละ๗๐	๒
	การเบิกจ่ายงบประมาณพัฒนาศักยภาพบุคลากรร้อยละ๖๐	๑
หมายเหตุ แผนพัฒนากำลังคน ให้จัดทำตามแบบฟอร์มของจังหวัดที่ ครอบคลุม ๔ ประเด็น ได้แก่ ๑)Business Acrument ๒) Leader ๓) General Management ๔) Professional		
๔.การบริหารจัดการด้านการผลิตและพัฒนากำลังคน	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของจังหวัด/หน่วยงาน ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย	๕
	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของจังหวัด/หน่วยงาน ร้อยละ ๘๐ ของเป้าหมาย	๔
	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของจังหวัด/หน่วยงาน ร้อยละ ๖๐ ของเป้าหมาย	๓
	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของจังหวัด/หน่วยงาน ร้อยละ ๔๐ ของเป้าหมาย	๒
	บุคลากรได้รับการพัฒนาตามความต้องการของจังหวัด/หน่วยงาน ร้อยละ ๒๐ ของเป้าหมาย	๑
๕. การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของอำเภอ	**ไม่มีปัญหา**เรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของอำเภอ /จังหวัด หรือ**มีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๑๐** ของภาพรวมเขต(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร/อัตราการย้าย/ลาออกในระดับจังหวัด)	๕
	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของอำเภอ/จังหวัด หรือ **มีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๑๕** ของภาพรวมเขต(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการ	๔
องค์ประกอบ	**เกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละระดับ**	**ระดับ**
๕. การประเมินผลกระทบของระบบการบริหารจัดการการผลิตและพัฒนากำลังคนของอำเภอ(ต่อ)	ขาดแคลนบุคลากร/อัตราการย้าย/ลาออกในระดับจังหวัด)	
	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของอำเภอ/จังหวัด หรือ **มีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๒๐** ของภาพรวมเขต(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร/อัตราการย้าย/ลาออกในระดับจังหวัด)	๓
	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของอำเภอ/จังหวัด หรือ **มีน้อย**	๒
	กว่า/เท่ากับร้อยละ ๒๕ ของภาพรวมเขต(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร/อัตราการย้าย/ลาออกในระดับจังหวัด)	
	มีปัญหาเรื่องการจัดการการพัฒนากำลังคนของอำเภอ/จังหวัด หรือ มีน้อยกว่า/เท่ากับร้อยละ ๓๐ ของภาพรวมเขต(จำนวนข้อร้องเรียน/จำนวนการขาดแคลนบุคลากร/อัตราการย้าย/ลาออกในระดับจังหวัด)	**๑**

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน	คะแนน
ระดับ๑	ดำเนินการได้ทุกองค์ประกอบที่ ระดับ ๑/ไม่ได้ครบทุกองค์ประกอบ	๑ คะแนน

ระดับ๒	ดำเนินการได้ทุกองค์ประกอบที่ ระดับ ๒	๒ คะแนน
ระดับ๓	ดำเนินการได้ทุกองค์ประกอบที่ ระดับ ๓	๓ คะแนน
ระดับ๔	ดำเนินการได้ทุกองค์ประกอบที่ ระดับ ๔	๔ คะแนน
ระดับ๕	ดำเนินการได้ทุกองค์ประกอบที่ ระดับ ๕	๕ คะแนน

<u>เงื่อนไข</u>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีตที่ผ่านมา(ร้อยละ/จำนวน)		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
อำเภอมีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	๕๐%

แหล่งข้อมูล:

- กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล (HRM) และกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ (HRD) สสจ.ร้อยเอ็ด
- กลุ่มงานที่รับผิดชอบด้านบุคลากรของ รพช./รพศ./สสอ.

วิธีการจัดเก็บข้อมูล

- การสำรวจ /การรวบรายงานรอบ ๖ (ไตรมาสที่ ๒)/รอบ ๙ (ไตรมาสที่ ๓)
- วิเคราะห์ผลการนิเทศตรวจราชการ
- โปรแกรม HROPS

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑. นางยุทธนี เพ็ญสุวรรณ เบอร์ติดต่อ :๐๘ ๑๕๗๓ ๓๑๒๒
๒. นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๔๖๐๐ ๕๕๖๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางปทุมทิพย์ สุ่มมาตย์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘ ๗๐๘๐๘๓๐๘

ชื่อตัวชี้วัดที่ ๓๐ : ความสำเร็จของการดำเนินงานสร้างสุขคนทำงาน
หน่วยวัด : คะแนน
น้ำหนัก : ๓
เป้าหมาย : ๕
คำอธิบาย:

ความสุขคนทำงาน หมายถึง ประสบการณ์ และความรู้สึกของคนทำงาน ที่ต้องการให้ตนเป็นที่ยกย่องและยอมรับจากคนทั่วไป การได้ทำงานในที่ทำงานที่มั่นคง มีความก้าวหน้า การเข้าถึงโอกาสในการพัฒนาอย่างทั่วถึง การมีผู้บังคับบัญชาที่มีความเมตตาและกรุณา การมีเพื่อนร่วมงานที่จริงใจ การได้รับสวัสดิการที่พอเพียง และการได้รับความปลอดภัยจากการทำงาน

การดำเนินการสร้างสุขคนทำงาน หมายถึง หน่วยงานที่มีการดำเนินการ ดังนี้

มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และจัดทำแผนงาน/โครงการพัฒนาความสุขของคนทำงานจากข้อมูลที่สังเคราะห์ได้ให้สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหา โดยมีผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ การสร้างสุขคนทำงานที่ชัดเจนที่สำคัญคือต้องมีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน และมีการสรุปประเมินผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการ

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

เกณฑ์การการให้คะแนน:

ช่วงระหว่างคะแนนแบ่งเป็น ๕ ระดับ โดยพิจารณาจากคะแนนรวมของการดำเนินงานตามขั้นตอนตามเป้าหมายที่กำหนด ดังนี้

๑	๒	๓	๔	๕
คะแนนรวม ๑ คะแนน	คะแนนรวม ๒ คะแนน	คะแนนรวม ๓ คะแนน	คะแนนรวม ๔ คะแนน	คะแนนรวม ๕ คะแนน

โดยมีแนวทางในการประเมิน ดังนี้ :

เกณฑ์การให้คะแนนคะแนน	แนวทางประเมิน
๑ คะแนน - มีการดำเนินการ ๐ คะแนน - ไม่มีการดำเนินการ	มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลจากดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer)
๑ คะแนน - มีการดำเนินการ ๐ คะแนน - ไม่มีการดำเนินการ	มีการจัดทำแผนงาน /โครงการ/ สอดคล้องกับลำดับความสำคัญของปัญหา
๑ คะแนน - มีการดำเนินการ ๐ คะแนน - ไม่มีการดำเนินการ	มีการดำเนินงานตามแผนการเสริมสร้างความสุของค์กร
๑ คะแนน - มีการดำเนินการ ๐ คะแนน - ไม่มีการดำเนินการ	ความสุขมวลรวมของคนในองค์กรเพิ่มขึ้น
๑ คะแนน - มีการดำเนินการ ๐ คะแนน - ไม่มีการดำเนินการ	มีอัตราการคงอยู่ของบุคลากรในองค์กร มากกว่าร้อยละ ๙๐

ระยะเวลาประเมินผล: ไตรมาส ๒,๔

วิธีการจัดเก็บข้อมูล รายงานความก้าวหน้าการสร้างสุขขององค์กร

แหล่งข้อมูล/เอกสารสนับสนุน:การสร้างเสริมองค์กรแห่งความสุข

ระดับการวัด :รพศ./รพช./สสอ.

ผู้กำกับการดูแลตัวชี้วัด: ๑. นางยุทธนี เพ็ญสุวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘-๑๘๗๓-๓๑๒๒
๒ .นางสุดาจันทร์ วัชรกิตติ เบอร์ติดต่อ ๐๘-๔๖๐๐-๕๕๖๕

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางรุจิรา จันทร์หอม เบอร์ติดต่อ ๐๖-๒๔๙๔-๙๓๕๓

ตัวชี้วัด ๓๑ : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ๓
เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐ มีครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้
คำอธิบาย :

ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย

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

๒. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (๑) คุมอาหาร อย่างเป็นรูปธรรม เช่น กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (๒) ดูแลการกินยา ให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (๓) ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ (๔) บำรุงรักษาจิตใจ

อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง

กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้

เป้าหมาย อสค. ปี ๒๕๖๑ จำนวน ๑๙๓ ตำบลๆละ ๑๐๐ คน รวม ๑๙,๓๐๐ คน

สูตรการคำนวณ :

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

เกณฑ์การให้คะแนน :

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของครอบครัวที่ผ่านเกณฑ์การประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	๙๖๕	๑๒,๑๕๙

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๗. แบบประเมินครอบครัวประเมินครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด

๘. การขึ้นทะเบียน อสค.
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ ดำเนินการพัฒนาและขึ้นทะเบียน อสค. ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว

๙. การประเมินศักยภาพครอบครัว อสค.

๓.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค. ตามความสมัครใจของแต่ละหน่วยงาน โดย อสค. แต่ละคนดำเนินการประเมินศักยภาพครอบครัวของตนเองตามแบบประเมิน แล้วเก็บข้อมูลผลการประเมินด้วยตนเอง (Self Assessment) ไว้ที่ตนเอง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่เป็นคนเก็บไว้ในรูปแบบเอกสาร

๓.๒ ผู้รับผิดชอบงานระดับ ตำบล อำเภอ จังหวัด สุ่มประเมินตามแบบประเมินแล้วบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัวลงในเว็บไซต์ลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว

หมายเหตุ : ๑. ช่องทางในการลงทะเบียน อสค. และบันทึกผลการประเมินศักยภาพครอบครัว อสค. คือ

๑.๑ ระบบฐานข้อมูลอาสาสมัครประจำครอบครัว http://fv.phc.hss.moph.go.th

๑.๑ ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net

๒. หน่วยงานที่มีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูล คือ

๒.๑ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

๒.๒ สถานบริการสุขภาพภาครัฐ

๒.๓ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระดับการวัด : จังหวัด/CUP/รพ.สต.

ผู้กำกับการดูแลตัวชี้วัด: ๑. นางยุทธนี เพ็ญสุวรรณ เบอร์ติดต่อ ๐๘-๑๘๗๓-๓๑๒๒

๒. นางพัชรา ผิวขาว เบอร์ติดต่อ ๐๙ - ๕๖๖๑ - ๖๙๔๘

ผู้จัดเก็บข้อมูล : ๑.นางกัญจนพรรณ สุริยะกาญจน์ เบอร์ติดต่อ ๐๖ - ๔๙๖๓ - ๙๕๒๔

: ๒.นายพงษ์สันต์ ฮามวงศ์ เบอร์ติดต่อ ๐๙ - ๘๕๘๔ - ๖๕๗๗

: ๓.นายรักษา อุ่นพิกุล เบอร์ติดต่อ ๐๘ – ๑๘๗๘ - ๗๔๔๖

ตัวชี้วัดที่ : ๓๒ : ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม

หน่วยวัด: : ร้อยละ

น้ำหนัก: : ๓

เป้าหมาย: : ๒๕

คำอธิบาย:

การจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรมหมายถึงการจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรมและระดับเขตของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ. ๒๕๕๗

เวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาหมายถึงวัสดุการแพทย์วัสดุทันตกรรมวัสดุเอกซเรย์และวัสดุวิทยาศาสตร์

สูตรการคำนวณ

ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม
= (A/B) x ๑๐๐

โดยที่

A = มูลค่าการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

B = มูลค่าการจัดซื้อทั้งหมดของยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาแต่ละประเภทของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน

โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ระดับ พิจารณาจากร้อยละของผลงานที่ทำได้ ดังนี้

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

เกณฑ์การประเมิน (Quick win)

หน่วยงาน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
สสจ				
เครือข่ายบริการ (CUP)				
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์และวัสดุทันตกรรม	ร้อยละ			๓๔.๓๖

แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของหน่วยงานแยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยาวัสดุการแพทย์วัสดุทันตกรรมวัสดุเอกซเรย์วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเองและจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคาร่วม/ราคาอ้างอิงและสอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านระบบรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์กระทรวงสาธารณสุข/กองบริหารการสาธารณสุข)

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด	๑.นายประวุฒิ ละครราช	เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๐๖๑๕ ๑๓๕๖, ๐๙ ๓๔๘๙ ๙๘๗๔
	๒.นายมานิตย์ ทวีหันต์	เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๙๕๗๗ ๕๔๔๔
		Email : manit๒๕๐๙@gmail.com
ผู้จัดเก็บข้อมูล	นางขวัญสุดา โกวิทางกูร	เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๐๕๙๑ ๖๖๘๕
		Email : Khuan๑๐๑@gmail.com

<table>
<tr><td>ชื่อตัวชี้วัด : ๓๓</td><td>ระดับความสำเร็จของการ พัฒนา รพ.สต. ในแต่ละอำเภอ
ที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ</td></tr>
<tr><td>หน่วยวัด</td><td>ระดับ</td></tr>
<tr><td>น้ำหนัก</td><td>๓</td></tr>
<tr><td>เป้าหมาย</td><td>๕</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี โดย ๕ ดี ประกอบด้วย <u>บริหารดีประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดีประชาชนมีสุขภาพดี</u> มีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้
เกณฑ์หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการดี
เกณฑ์หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
เกณฑ์หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล
เกณฑ์หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย
เกณฑ์หมวด ๕ ผลลัพธ์</td></tr>
<tr><td colspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ รพ.สต.
<table>
<tr><th>ปีงบประมาณ ๖๑</th><th>ปีงบประมาณ ๖๒</th><th>ปีงบประมาณ ๖๓</th><th>ปีงบประมาณ ๖๔</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ ๒๕</td><td>ร้อยละ ๕๐</td><td>ร้อยละ ๘๐</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพและกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็น ด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง</td></tr>
<tr><td>ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย</td><td>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๒๒๙ แห่ง</td></tr>
<tr><td>วิธีการจัดเก็บ
ข้อมูล</td><td>ติดตามกำกับและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวโดยทีมนิเทศและคณะกรรมการระดับอำเภอ จังหวัด</td></tr>
<tr><td colspan="2">วิธีการประเมินผล</td></tr>
<tr><td>ขั้นตอนที่</td><td>รายการ</td></tr>
<tr><td>๑</td><td>มีการแต่งตั้งคณะทำงานรพสตติดดาว ระดับอำเภอ</td></tr>
<tr><td>๒</td><td>มีแผนการออกประเมิน รพสตติดดาว ตามเกณฑ์ป้าหมาย ปี ๒๕๖๑</td></tr>
<tr><td>๓</td><td>มีการจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด ตามเกณฑ์ประเมินที่ไม่ผ่านหรือคะแนนน้อยกว่าร้อยละ ๘๐</td></tr>
<tr><td>๔</td><td>รายงานผลการประเมิน พร้อมแผนพัฒนาส่วนขาดส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในไตรมาสที่ ๓</td></tr>
<tr><td>๕</td><td>ได้รับการรับรองผลการประเมินหน่วยบริการผ่านตามเกณฑ์ประเมิน ๕ ดาว ตามเป้าหมายร้อยละ ๒๕</td></tr>
</table>

	ระดับคะแนน	ระดับขั้นตอนความสำเร็จ				
		ขั้นที่ ๑	ขั้นที่๒	ขั้นที่ ๓	ขั้นที่ ๔	ขั้นที่ ๕
	๑	✓				
	๒	✓	✓			
	๓	✓	✓	✓		
	๔	✓	✓	✓	✓	
	๕	✓	✓	✓	✓	✓

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	**Baseline data**	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.**		
			๒๕๕๙	**๒๕๖๐**	**๒๕๖๑**
	ร้อยละ ๒๕	แห่ง	-	๒๘ แห่ง	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / /ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายประวุฒิ ละครราช	เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๐๖๑๕ ๑๓๕๖, ๐๙ ๓๔๘๙ ๙๘๗๔
	นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ	เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๕๐๐๕ ๙๙๓๘
	นางขนิษฐา นาสุข	เบอร์ติดต่อ ๐-๘๔ – ๗๙๒๑- ๒๓๔
		E:mail; kanitha๑๐๑@hotmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๓๔ : อำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
หน่วยวัด : ปริมาณ
น้ำหนัก : ร้อยละ ๑
เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๒๕
คำอธิบาย : คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill define) ของอำเภอไม่เกินร้อยละ ๒๕ ของการตายทั้งหมด

ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตายเป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุการณ์ตายไม่ชัดแจ้ง เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ชรา ฯลฯ
ประกอบด้วย รหัสโรค ดังนี้

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

หมายเหตุ : สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณบัตร กระทรวงมหาดไทย ซึ่งใช้ข้อมูลการตายตามสถานที่ตายเป็นตัวชี้วัดโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ จะรายงานสถานการณ์ข้อมูล Ill-define เป็น รายเดือนให้จังหวัดผ่านทาง FTP

เกณฑ์การให้คะแนน คุณภาพสาเหตุข้อมูลการตาย (Ill – Define) :

น้ำหนักคะแนน	ระดับคะแนน ๑	ระดับคะแนะ ๒	ระดับคะแนน ๓	ระดับคะแนน ๔	ระดับคะแนน ๕
๑.๐	≥ ร้อยละ๓๖	ร้อยละ ๓๒	ร้อยละ ๒๘	ร้อยละ ๒๔	≤ ร้อยละ ๒๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
สาเหตุการตายไม่ทราบสาเหตุ (Ill - Define)	ร้อยละ	๒๓.๕๔	๒๗.๑๖	๒๕.๕๑

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล / การประเมินผล :

๑ สาเหตุการตาย ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูลจดทะเบียนการตาย (มรณะบัตร) ของกระทรวงมหาดไทย

๒. สุ่มประเมินตรวจสอบคุณภาพการรายงานสาเหตุการตาย ในสถานโรงพยาบาล

ความถี่ในการรายงาน รายงานความก้าวหน้าทุก ๓ เดือน
ระดับการวัด : อำเภอ / จังหวัด
ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายประวุฒิ ละครราช เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๐๖๑๕ ๑๓๕๖, ๐๙ ๓๔๘๙ ๙๘๗๔
๒.นางสาวสุภาภรณ์ มิตรภานนท์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๒๖๒ ๖๔๖๖
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวกาญจนา กงจักร์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๘๗๑ ๕๑๘๙

ตัวชี้วัดย่อย ๓๕ : ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
หน่วยวัด : ปริมาณ
น้ำหนัก : ร้อยละ ๒
เป้าหมาย : ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ ของหน่วยบริการในสังกัดทั้งหมด
คำอธิบาย :

คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอก มีความถูกต้องครบถ้วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๗๕ (ตามคู่มือมาตรฐานการตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD และ มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข)

สูตรการคำนวณ :

หน่วยบริการในสังกัดที่มีข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ๗๕ x ๑๐๐
จำนวนหน่วยบริการในสังกัดทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน

น้ำหนักคะแนน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๒	ร้อยละ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕	ร้อยละ ๖๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
หน่วยบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการให้รหัสโรค	ร้อยละ	-	-	๕๘.๔๐

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล / การประเมินผล :

- ข้อมูลบริการสุขภาพ ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคผู้ป่วยนอกตามคู่มือมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูลในระบบบริการสุขภาพด้านการบันทึกข้อมูลผู้มารับบริการและการให้รหัส ICD และมาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึก ข้อมูล ในสถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๕๙

ความถี่ในการวัดและรายงาน

ตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยนอก(Audit) และรายงานทุก ๖ เดือน (ครั้งที่๑ เดือนมีนาคม ๒๕๖๑ ครั้งที่ ๒ เดือน สิงหาคม ๒๕๖๑)

ระดับการวัด : ระดับอำเภอ/ระดับหน่วยบริการ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายประวุฒิ ละครราช เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๐๖๑๕ ๑๓๕๖, ๐๙ ๓๔๘๙ ๙๘๗๔
๒.นายบุญเลิศ พิมศักดิ์ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๖๒๒๖ ๒๓๕๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสุวิทย์ กิริยะ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๐๓๕๕ ๒๕๐๗
นายพิพัฒน์พงษ์ ชุนประวัติ เบอร์ติดต่อ ๐๘ ๑๗๗๓ ๔๙๖๕

ตัวชี้วัดที่ ๓๖ : ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

หน่วยวัด : ร้อยละ

น้ำหนัก : ๓

เป้าหมาย : ๙๕.๕

คำอธิบาย : การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินหมายถึง: ประชากรที่มีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน(ESI ๑,๒,๓) ได้รับบริการการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ จนถึงสถานพยาบาล โดยการสั่งการ ของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ

สูตรการคำนวณ:

$$\frac{\text{จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน (ESI ๑,๒,๓,) ที่ได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน x ๑๐๐}}{\text{จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน (ESI ๑,๒,๓,) ที่มารับบริการที่ห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินทั้งหมด}}$$

เกณฑ์การให้คะแนน :

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ๕
๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ตัวชี้วัด / ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐
ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ ๙๕.๕	๑๐๒.๔๖	๙๘.๘๐	๘๘.๘๔

แหล่งข้อมูล : จัดเก็บในระดับ รพช./รพท.

รายงานโปรแกรม ITEMS

ระดับการวัด :ระดับจังหวัด

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : ๑.นายประวุฒิ ละครราช เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๐๖๑๕ ๑๓๕๖, ๐๙ ๓๔๘๙ ๙๘๗๔

๒.นางอาภรณ์ ประชุมวรรณ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๑๙๗๔-๒๐๐๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสุภาภรณ์ ทัศนพงศ์ เบอร์ติดต่อ : ๐๘-๗๔๒๓-๑๖๖๙

หมวด	**Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)**
แผนที่	**๑๓. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ**
โครงการที่	**๒. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง**
ลักษณะ	**ระดับความสำเร็จ**
ระดับการแสดงผล	**อำเภอ**
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๓๗ : ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินไม่อยู่ในระดับ ๕-๗
คำนิยาม	**หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง** หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ (Risk Scoring) ดังนี้ การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ ๗ คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางเงินมีความถูกต้อง และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤติทางการเงินที่เกิดขึ้นได้ **<u>การขับเคลื่อนการเงินการคลังปี ๒๕๖๑</u>** ๑. มาตรการในการขับเคลื่อนการเงินการคลัง : บทบาทของเขต จังหวัด และ หน่วยบริการ : แผนงาน/กิจกรรม : ผลผลิต/ผลลัพธ์ ๒. การบริหารและกำกับแผนการเงิน (PlanFin) ๓. เครื่องมือในการดำเนินงานการพัฒนาประสิทธิภาพ ระบบการกำกับและรายงาน **<u>มาตรการ</u>** <u>มาตรการที่ ๑:</u>การจัดสรรเงินอย่างเพียงพอ (Sufficient Allocation) ๑.๑. มีคณะกรรมการการเงินการคลังระดับหน่วยบริการจัดสรรเงินให้กับรพ.แม่ข่ายและลูกข่าย ๑.๒. คณะกรรมการฯ มีแนวทางและแผนผังการจัดสรรเงินในรพ.แม่ข่ายและลูกข่ายตามที่ส่วนกลาง/เขต กำหนด ๑.๓. คณะกรรมการมีการจัดทำตัวเลขรายได้และรายจ่ายขั้นต่ำทั้งแม่ข่ายและลูกข่าย <u>มาตรการที่ ๒:</u>ติดตามกำกับด้วยแผนทางการเงิน (Planfin Management) ๒.๑.กำกับ ติดตามแผนและผลทางการเงินรายเดือน (ทั้ง ๗ แผน) ให้มีผลต่างของแผนและผลไม่เกินร้อยละ ๕ ๒.๒ หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของ<u>รายได้</u> ไม่เกินร้อยละ ๕ (รายได้สูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕) ๒.๓ หน่วยบริการมีผลต่างของแผนและผลของ<u>ค่าใช้จ่าย</u> ไม่เกินร้อยละ ๕ (ค่าใช้จ่ายสูงกว่าหรือต่ำกว่าแผนได้ไม่เกินร้อยละ ๕) <u>มาตรการที่ ๓:</u> สร้างประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (Efficient Management) ๓.๑. มีการจัดซื้อร่วมระดับเขต ๓.๒. มีการบริหารจัดการค่าตอบแทนร่วมกับการบริหารด้านการเงินการคลัง ๓.๓. ใช้ดัชนีประเมินประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ๗ ตัว

	๓.๔. ประเมินประสิทธิภาพ (FAI) (ไขว้จังหวัด) <u>มาตรการที่ ๔:</u> พัฒนาการบริหารระบบบัญชี (Accounting Management) ๔.๑.จัดทำบัญชีให้เป็นไปตามคู่มือของหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๔.๒.ส่งรายงานข้อมูลงบทดลองให้เป็นตามแนวทางที่กำหนด ๔.๓. รวบรวมเอกสารหลักฐานสำหรับการตรวจสอบบัญชีจากผู้ตรวจสอบภายในและภายนอก <u>มาตรการที่ ๕:</u> พัฒนาเครือข่ายและศักยภาพบุคลากรด้านการเงินการคลัง (Network & Capacity Building) ๕.๑. แผนการประชุม CFO ระดับ CUP ๕.๒. แผนการอบรมผู้บริหารหน่วยบริการ ๕.๓. แผนการอบรมการพัฒนาศักยภาพ ทีม CFOของหน่วยบริการ เช่นหัวหน้าฝ่ายบริหาร นักบัญชี เป็นต้น แหล่งข้อมูล ๑. รายงานสถานะทางการเงิน ของโรงพยาบาลทุกแห่ง ๒. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ CFO หน่วยบริการ ๓. รายงานการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ของหน่วยบริการ ๔. แผนการเงินการคลังของหน่วยบริการ
เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับ ๕
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเป็นเกณฑ์มาตรฐานสำหรับการประเมินสภาพคล่องและเฝ้าระวังภาวะวิกฤติทางการเงิน ๒. เป็นข้อมูลสำหรับนำไปสู่การการจัดสรรทรัพยากรสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	งานบริหารรพท./รพช (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ)

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๑ :

เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	ระดับขั้นตอนความสำเร็จ				
	มาตรการที่ ๑	มาตรการที่๒	มาตรการที่๓	มาตรการที่๔	มาตรการที่๕
๑	/				
๒	/	/			
๓	/	/	/		
๔	/	/	/	/	
๕	/	/	/	/	/

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นายประวุฒิ ละครราช โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๓๕๑ ๑๗๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๐๖๑๕ ๑๓๕๖ ๐๙ ๓๔๘๙ ๙๘๗๔ ๒. นางสาวอารีย์ เพ็ญสุวรรณ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนายการพิเศษ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๓๕๑ ๑๗๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๕๐๐๕ ๙๙๓๘ โทรสาร :๐ ๔๓๕๑ ๑๐๘๗ E-mail : Aproiet@gmail.com ๓. นางเกศินี สรภูมิ เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน กลุ่มงานการเงิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๓๕๑ ๑๐๘๗ โทรศัพท์มือถือ : ๔. นางขนิษฐา นาสุข นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๓๕๑ ๑๗๕๔ โทรศัพท์มือถือ :๐๘ ๔๗๙๒ ๑๒๓๔ โทรสาร : ๐ ๔๓๕๑ ๑๐๘๗ E-mail : kanitha๑๐๑@hotmail.com ๕. นายชูเกียรติ พูลลาภ นักวิเคราะห์นโยบาลและแผน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๓๕๑ ๑๗๕๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๐๔๗ ๐๔๗๕ โทรสาร : ๐ ๔๓๕๑ ๑๐๘๗ E-mail : chookiat_pea@hotmail.com **กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด**

ตัวชี้วัดที่ ๓๘ : ผลงานวิจัย/ R๒R ที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์
หน่วยวัด : ร้อยละ
น้ำหนัก : ร้อยละ ๓
เป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐
คำอธิบาย:

ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการพยาบาล/ การแพทย์/ การสาธารณสุข ที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) บทปฏิทัศน์ (review article) บทความพิเศษ (special article) บทความฟื้นวิชา (refresher course) รายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) รายงานผู้ป่วย (case report) ปกิณกะ (miscellany) และนวัตกรรม (innovation) ผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่าง ๆ นำไปใช้ประโยชน์

ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ มีดังนี้

๑. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจ เพื่อเจรจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย

๒. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการระดับประเทศและ/หรือระดับนานาชาติ

๓. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R๒R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการ พัฒนาด้านส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟูสภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดง ประกอบการนำไปใช้

๔. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยใน กลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรม คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์

ระยะเวลาการประเมินผล ปีละ ๒ ครั้ง (เดือนมีนาคม / มิถุนายน)
การประเมินผล ครั้งที่ ๑ ไตรมาสที่ ๒ (รอบ ๖ เดือน/ มีนาคม ๒๕๖๑)
เกณฑ์การให้คะแนน:

ขั้นตอนที่ ๑ มีกลไกบริหารงานวิจัยและการจัดการความรู้ (คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนด้านการวิจัยฯ และดำเนินการตามที่กำหนด

ขั้นตอนที่ ๒ มีการพัฒนาศักยภาพด้านการวิจัยและให้ความรู้ด้านจริยธรรมการวิจัย รวมทั้งจรรยาบรรณของนักวิจัยแก่บุคลากรในสังกัด และการจัดสรรงบประมาณของหน่วยงาน การสนับสนุนพันธกิจด้านการวิจัยฯ ตามอัตลักษณ์ของหน่วยงานอย่างน้อยในประเด็นต่อไปนี้

- หน่วยวิจัยฯ หรือศูนย์ให้คำปรึกษาและสนับสนุนการวิจัยฯ
- สิ่งอำนวยความสะดวกและสนับสนุนการวิจัยฯ ในการค้นคว้าข้อมูล/ รวบรวมและเผยแพร่งานวิจัยฯ เช่น ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ
- กิจกรรมวิชาการที่ส่งเสริมงานวิจัย เช่น การจัดประชุมวิชาการ การจัดแสดงผลงาน การจัดให้มีวิทยากรรับเชิญ การสนับสนุนให้เผยแพร่ผลงาน เช่น สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ผลงาน/ ค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมนำเสนอผลงาน

ขั้นตอนที่ ๓ มีแผนการดำเนินงานบูรณาการกระบวนการวิจัยโดยมีการกำหนดประเด็นปัญหาวิจัยจากหน้างาน/ตั้งคำถามวิจัย/กำหนดวัตถุประสงค์การวิจัย/กำหนดขอบเขตการวิจัย

ขั้นตอนที่ ๔ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง/ออกแบบวิจัย/เก็บรวบรวมข้อมูล/วิเคราะห์ข้อมูล/รายงานผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ ๕ สรุปและอภิปรายผล/เตรียมเผยแพร่ผลงานวิชาการ/ข้อเสนอแนะการนำสิ่งที่ได้จาการศึกษา/วิจัยไปใช้ประโยชน์

เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นคะแนนตามระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอน

การดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

เงื่อนไข: ให้หน่วยงานจัดส่งแผนการพัฒนาแผนการวิจัยและการจัดการความรู้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด พร้อมกับการรายงานผลการปฏิบัติราชการรอบ ๖เดือน (มีนาคม ๒๕๖๑)

แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

๑	คำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบในการดำเนินการตามแผนการวิจัยและการจัดการความรู้ประจำปี
	งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
๒	แผนงานโครงการวิจัยและการจัดการความรู้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑
๓	รายงานผลการดำเนินการแผนการวิจัยและการจัดการความรู้ ประจำปีงบประมาณ
	พ.ศ. ๒๕๖๑ รอบ ๖ เดือน
๔	รายงานสรุปการนำผลการประเมินไปปรับใช้ในการพัฒนากระบวนการวิจัยและการจัดการ
	ความรู้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ ให้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนงานปกติ
๕	รายงานการประชุมเพื่อการปรับปรุงแผนการวิจัยและการจัดการความรู้

การประเมินผล ครั้งที่ ๒ ไตรมาสที่ ๓ (๙ เดือน/ มิถุนายน ๒๕๖๑)

คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	กำหนด Outline เขียนบทความวิจัยเผยแพร่ในวารสาร ออกแบบและจัดทำ
	โปสเตอร์นำเสนอผลงาน อย่างน้อย ๒ เรื่อง
๒	จัดทำ Slide (๒๐ slides) และฝึกซ้อมนำเสนอ Oral presentation (๑๐-๑๒ นาที)
	อย่างน้อย ๒ เรื่อง
๓	ผลงานวิชาการได้รับการคัดเลือกนำเสนอในเวทีระดับจังหวัดอย่างน้อย ๓ เรื่อง
	เผยแพร่ประมวลผลการประชุมทางวิชาการ (Proceedings)
๔	ผลงานวิชาการได้รับการคัดเลือกนำเสนอในเวทีวิชาการระดับเขต
	ตีพิมพ์ในประมวลผลการประชุมทาง วิชาการ (Proceedings) หรือตีพิมพ์
	ในวารสารวิชาการที่มีชื่อในฐาน TCI อย่างน้อย ๒ เรื่อง
๕	ผลงานวิชาการได้รับการคัดเลือกเวทีระดับชาติ เวทีนานาชาติหรือตีพิมพ์วารสาร
	ต่างประเทศอย่างน้อย ๑ เรื่อง

เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นคะแนนตามระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) โดยแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับพิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอน

การดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

การนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการพยาบาล/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการ ถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่างๆ รวมถึงที่ได้เผยแพรในการประชุมวิชาการ ทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศและนำไปใช้ประโยชน์ตาม วัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่าง เป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชนได้จริง อย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความ วิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ

แหล่งข้อมูล / วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑. การแจงนับองค์ความรู้ที่ผลิตโดย

๑.๑ หน่วยงานเจ้าภาพของตัวชี้วัด (จังหวัด/ CUP)

๑.๒ สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานเข้าประกวดและผ่านการคัดเลือกผลงานดีเด่นจากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของเขตสุขภาพที่ ๗

๑.๓ สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานเข้าประกวดและผ่านการคัดเลือกผลงานดีเด่นจากคณะกรรมการตัดสินในการประชุมวิชาการของกระทรวงสาธารณสุขประจำปี โดยสำนักวิชาการสาธารณสุข

๑.๔ เครือข่ายการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลที่ส่งผลงานเข้าประกวดในการประชุมวิชาการปลายปีของสำนักการพยาบาล

๒. การนิเทศ

เอกสารหลักฐานที่ใช้ประกอบตัวชี้วัด

๑. ฐานข้อมูลผลงานวิชาการของหน่วยงาน (จำนวนและรายชื่องานวิจัย) จำแนกรายปีที่ดำเนินการเสร็จ ปีที่นำไปใช้ประโยชน์ ชื่อหน่วยงานที่นำไปใช้ประโยชน์

๒. การนำเสนอในการประชุมวิชาการภายในประเทศ/ ระดับนานาชาติ หลักฐานประกอบ ได้แก่

- หนังสือเชิญ/ รูปภาพประกอบการประชุม/ Proceedings

๔. การตีพิมพ์วารสารวิชาการระดับประเทศ/ ระดับนานาชาติ หลักฐานประกอบ คือ

- บทความ และปกวารสารที่ตีพิมพ์

๕. การนำองค์ความรู้ไปประยุกต์ใช้ ระบุรายละเอียดการใช้ประโยชน์ที่ชัดเจน พร้อมหลักฐานประกอบ

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด ๑.นายประวุฒิ ละครราช เบอร์ติดต่อ ๐๙ ๐๖๑๕ ๑๓๕๖, ๐๙ ๓๔๘๙ ๙๘๗๔

๒.นายบุญเลิศ พิมศักดิ์ เบอร์ติดต่อ: ๐-๘๖๒๒-๖๒๓๕-๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล: ๑.นางสาวศศิวิมล วิบูลชัย เบอร์ติดต่อ: ๐-๘๖๔๙ ๕๕๖๙-๓

๒.นายเสฐียรพงษ์ ศิวินา เบอร์ติดต่อ: ๐-๘๘๕๐๘-๒๐๘-๐

แหล่งเผยแพร่เอกสาร

http://203.157.184.6/info_nayobai/