ตัวชี้วัด 4 ระดับ

ปี 2560

(31 มกราคม 2560)

การจัดระดับประเมินผลงาน 4 ระดับ (คปสอ./รพ./สสอ./รพ.สต.) ตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560

โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด	baseline	ระยะเวลาประเมิน	ประเด็นเน้นหนัก			ระดับการรายงานข้อมูล	กลุ่มงาน	4 ระดับ				ผู้รับผิดชอบ KPI	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์
					PA ปลัด 60	สตป. 60	นโยบายฯ จ.			คป.สอ.	สสอ.	รพ./รพ.สต.	รพ.สต.			
1. Prevention & Promotion Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) (4 แผนงาน 12 โครงการ)																
แผนงานที่ 1 : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) (4 โครงการ)																
1. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย	1	Lead : 1) ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน	12	ทุก 6 เดือน				เขต	ส่งเสริม	-	-	/	-	นางสมจิต ยาใจ	นวก.ชพ.	0813579377
	2	Lag : 1) อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	0	สำรวจทุก 2 ปี		1		ประเทศ	ส่งเสริม	/	/	/	/	นางสมจิต ยาใจ	นวก.ชพ.	0813579377
	3	2) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	92.34	ปีละ 1 ครั้ง	1	2		จังหวัด	ส่งเสริม	/	/	/	/	นางสมจิต ยาใจ	นวก.ชพ.	0813579377
	4	3) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	51.6	ทุก 3 เดือน	2			จังหวัด	ส่งเสริม	/	/	/	/	นางสมจิต ยาใจ	นวก.ชพ.	0813579377
2. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น	5	Lag : 1) เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	101	สำรวจทุก 5 ปี				ประเทศ	ส่งเสริม	-	-	-	-	นายวัชระ ประคองศรี	นวก.ชก.	0895300751
	6	2) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	66.21	ปีละ 2 ครั้ง		3		จังหวัด	ส่งเสริม	/	/	/	/	นส.สุวารี หลิมเจริญ	จพ.ปง.	0852755489
	7	3) ร้อยละของเด็กไทยมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติขึ้นไป	ใหม่	สำรวจทุก 5 ปี				ประเทศ	ส่งเสริม	-	-	-	-	นายวัชระ ประคองศรี	นวก.ชก.	0895300751
	8	4) ร้อยละของเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง		4		จังหวัด	ทันตะ	-	-	/	/	นายจิรพัชร์ กฤษ์ดำ	จพ.ทันตฯ	0895117422
	9	5) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	42.92	ปีละ 1 ครั้ง	3	5		จังหวัด	ส่งเสริม	/	/	/	/	นางสมจิต ยาใจ	นวก.ชพ.	0813579377
3. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยทำงาน	10	lag : 1) ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ	ใหม่	ทุก 3 เดือน				ประเทศ	ส่งเสริม	/	/	/	/	นส.สุภาพ ขวัญพูล	จพ.ชง.	0898342351
	11	Lead : 2) ประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายเพียงพอต่อสุขภาพ	ใหม่	สำรวจทุก 5 ปี				ประเทศ	ส่งเสริม	-	-	-	-	นส.สุภาพ ขวัญพูล	จพ.ชง.	0898342352
4. โครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนไทยกลุ่มวัยผู้สูงอายุ	12	Lead : 1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	51.72	ปีละ 2 ครั้ง	4	6		จังหวัด	ส่งเสริม	/	/	-	-	นางจันจิรา ใจดี	นวก.ชก.	0817949364
	13	lag : 1) ร้อยละของ Healthy Ageing	94.77	ปีละ 2 ครั้ง				จังหวัด	ส่งเสริม	/	/	/	/	นางจันจิรา ใจดี	นวก.ชก.	0817949364
		อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด มากกว่า80 ปี	77.48	ปีละ 1 ครั้ง			1	จังหวัด	ยุทธ์	-	-	-	-	นายบัญชา พร้อมดิษฐ์	นวก.ชก.	0890093564
		อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี ไม่ต่ำกว่า 72 ปี	72.18	ปีละ 1 ครั้ง			2	จังหวัด	ยุทธ์	-	-	-	-	นายบัญชา พร้อมดิษฐ์	นวก.ชก.	0890093564
แผนงานที่ 2 : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ (3 โครงการ)																
1. โครงการพัฒนาระบบการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ	14	Lead : 1) ร้อยละของจังหวัดมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ใหม่	ทุก 3 เดือน		7		เขต	ยุทธ์/พัฒนา	-	-	-	-	นางยุพเยาว์ วิศพรรณ์ / นางอัญชณา แจ่มแสงทอง/นางประภา วัฒนชีพ	นวค.ชพ./นวก.ชพ./นวค.ชพ.	0811535322,0863634837
2. โครงการควบคุมโรคติดต่อ	15	Lead : 1) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง	5	8		จังหวัด	CD	/	-	/	-	นางพิสมร การศรีทอง	นวก.ชก.	0894562839
	16	2) ร้อยละของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง				จังหวัด	CD	/	-	-	-	นางประภา วัฒนชีพ	นวค.ชพ.	0897532930
	17	3) ร้อยละของตำบลในการคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ (โครงการพระราชดำริ)		ทุก 3 เดือน	6			จังหวัด								
3. โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ	18	Lag : 1) อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี	6.47	ปีละ 1 ครั้ง		10		ประเทศ	NCD	/	-	-	-	นางทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์	นวก.ชก.	0819964346
	19	2) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	35	ปีละ 1 ครั้ง	7	11		ประเทศ	NCD	/	-	-	-	นางทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์	นวก.ชก.	0819964346
	20	3) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ (ตรงกับแผนยุทธ์ฯ)	1708.94	ปีละ 1 ครั้ง	8		3	จังหวัด	NCD	-	/	-	-	นางสุจิตรา กิจจานนท์	นวก.ชก.	0917189928
		ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานการจัดการเฝ้าระวังควบคุมโรคระหว่างประเทศ(IHR2005) ร้อยละ60	ร้อยละ30	ปีละ 1 ครั้ง			4	จังหวัด	CD	/	-	-	-	นายศุภกร จุฑาจันทร์	นวก.ชก.	
		อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกิน 200 ต่อแสนประชากร	94.5	ปีละ 1 ครั้ง			5	จังหวัด	CD	/	-	-	-	นายอุทัย ศรีพรหม	นวก.ชก.	0877824448
แผนงานที่ 3 : การลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ (3 โครงการ)																
1. โครงการส่งเสริมและพัฒนาความปลอดภัยด้าน	21	Lead : 1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง	9	12		จังหวัด	คบ.	/				ภญ.จิรวรรณ บุญพิทักษ์	ภก.ชก.	0891548719

การจัดระดับประเมินผลงาน 4 ระดับ (คปสอ./รพ./สสอ./รพ.สต.) ตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560

โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด	baseline	ระยะเวลาประเมิน	ประเด็นเน้นหนัก			ระดับการรายงานข้อมูล	กลุ่มงาน	4 ระดับ				ผู้รับผิดชอบ KPI	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์
					PA ปลัด 60	สคบ. 60	แผนยุทธฯ			คป.สอ.	สสอ.	รพ./รพ.สต.	รพ.สต.			
อาหาร	22	Lag : 1) ร้อยละของประชาชนมีพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง	ใหม่	สำรวจทุก 5 ปี				ประเทศ	คบ.	-	-	-	-	ภญ.จิรวรรณ บุญพิทักษ์	ภก.ชก.	0891548719
2. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ	23	*Lead : 1) ความชุกของผู้สูบบุหรี่ของประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป (ตชว.แผนยุทธ์ฯ*	-	ทุก 2 ปี			6	ประเทศ	NCD	-	-	-	-	นางณัฏฐ์ทัย แสงพงษ์นภ	นวก.ชก.	0958989911
	24	2) ปริมาณการบริโภคแอลกอฮอล์ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป	30.78	ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ	NCD	-	-	-	-	นางณัฏฐ์ทัย แสงพงษ์นภ	นวก.ชก.	0958989911
	25	Lag: 1) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษาตามเกณฑ์กำหนด	91.46	ทุก 3 เดือน	30	13		จังหวัด	ส่งเสริม	/	/	/	/	นางสมจิต ยาใจ	นวก.ชพ.	0813579377
3. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	26	Lead : 1) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่	ใหม่	ทุก 3 เดือน	10			จังหวัด	คบ.		/			ภญ.จิรวรรณ บุญพิทักษ์	ภก.ชก.	0891548719
	27	2) ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจสอบมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ใหม่	ทุก 3 เดือน		14		เขต	คบ.	-	-	-	-	ภญ.กนกกาญจน์ เสรีชจรจารุ	ภก.ชก.	0819960833
แผนงานที่ 4 : การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม (2 โครงการ)																
1.โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม	28	Lead : 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์	ใหม่	ปีละ 2 ครั้ง	11	15		จังหวัด	อวล.	-	-	/	-	นายองอาจ เอี่ยมสำอางค์	นวก.ชพ.	0864015591
2. โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง (Hot Zone)	29	Lag : 1) จำนวนจังหวัดที่มีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพอย่างบูรณาการมีประสิทธิภาพและยั่งยืน	ใหม่	ปีละ 2 ครั้ง				เขต	อวล.	/	/	/	-	นายสนิท เจริญนาม	นวก.ชก.	0896061054
2. Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) (6 แผนงาน 23 โครงการ)																
แผนงานที่ 5 : การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) (1 โครงการ)																
1. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS)	30	Lead : 1) ร้อยละของพื้นที่ที่มีคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง	12	16		เขต	พัฒนาฯ	/	-	-	-	นายบัญญพนต์ นิยมนา	นวก.ชก.	
	31	Lag : 1) ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ	ใหม่	ปีละ 3 ครั้ง				เขต	พัฒนาฯ	-	/	-	-	นายบัญญพนต์ นิยมนา	นวก.ชก.	
		ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์คุณภาพPCA ร้อยละ 100	ร้อยละ60	ปีละ 1 ครั้ง			7	จังหวัด	พัฒนาฯ	/	-	-	-	นายบัญญพนต์ นิยมนา	นวก.ชก.	
แผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) (14 โครงการ)																
1. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	32	Lead : 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	35.92/35.	ปีละ 1 ครั้ง		17		จังหวัด	NCD	-	-	/	/	นางสุจิตรา กิจจานนท์	นวก.ชก.	0917189928
	33	2) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	85.06	ปีละ 1 ครั้ง	13	9		จังหวัด	NCD	-	-	/	/	นางสุจิตรา กิจจานนท์	นวก.ชก.	0917189928
	34	Lag : 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	0.3	ปีละ 1 ครั้ง	14	18		ประเทศ	NCD	-	-	-	-	นางสุจิตรา กิจจานนท์	นวก.ชก.	0917189928
	35	2) อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	205.75	ปีละ 1 ครั้ง				จังหวัด	NCD	-	-	/	-	ณัฏฐ์ทัย แสงพงษ์นภา	นวก.ชก.	0958989911
2.โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุล	36	Lead : 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล	ใหม่	ปีละ 2 ครั้ง	15	19		เขต	เภสัช			/		ภก.พิทยาธร ชวาลิต	ภก.ปก.	0871618542
3. โครงการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์	37	Lead : 1) ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง ร้อยละ 10 ต่อปี	-	ปีละ 2 ครั้ง				เขต	พัฒนาฯ	-	-	-	-	นางศศิธร ยนจอหอ	พว.ชก.	
4. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขา	38	Lag : 1) อัตราตายทารกแรกเกิด อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน	-	ปีละ 2 ครั้ง		20		ประเทศ	ส่งเสริม	-	-	/	-	นางสมจิต ยาใจ	นวก.ชพ.	0813579377
5. โครงการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส แบบประคับประคอง	39	Lead : 1) ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)	-	ทุก 6 เดือน				เขต	พัฒนาฯ	-	-	/	-	นางสุวพัชร ฤทธิโสม	นวก.ชก.	
6. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยฯ	40	lead : 1) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	25.04%	ปีละ 1 ครั้ง		21		จังหวัด	แผนไทย	-	-	/	/	ภก.ภาณุ ศรีวรรัตน์	ภก.ชพ.	0818064720
7. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช	41	Lead : 1) ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	64.4	ปีละ 1 ครั้ง				จังหวัด	ส่งเสริม	/	/	/	/	นายวัชระ ประคองศรี	นวก.ชก.	0895300751
	42	Lag : 1) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	10.14	ปีละ 1 ครั้ง	16	22		ประเทศ	ส่งเสริม	/	/	/	/	นายวัชระ ประคองศรี	นวก.ชก.	0895300751

การจัดระดับประเมินผลงาน 4 ระดับ (คปสอ./รพ./สสอ./รพ.สต.) ตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560

โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด	baseline	ระยะเวลาประเมิน	ประเด็นเน้นหนัก			ระดับการรายงานข้อมูล	กลุ่มงาน	4 ระดับ				ผู้รับผิดชอบ KPI	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์
					PA ปลัด 60	สตป. 60	แผนยุทธฯ			คป.สอ.	สสอ.	รพ./พ.สต.	รพ.สต.			
8. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลัก	43	Lag : 1) อัตราตายจากติดเชื้อ (Sepsis)	ใหม่	ทุก 6 เดือน				ประเทศ	พัฒนาฯ	-	-	-	-	นางอัญชณา แจ่มแสงทอง	นวก.ชพ.	0863634837
9. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ	44	Lead : 1) ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้	100	ทุก 3 เดือน				เขต	NCD	-	-	/	-	นางสุจิตรา กิจจานนท์	นวก.ชก.	0917189928
	45	Lag : 1) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ	21.41	ปีละ 1 ครั้ง	17	23		ประเทศ	NCD	-	-	-	-	นางสุจิตรา กิจจานนท์	นวก.ชก.	0917189928
10. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง	46	Lead : 1) ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	-	ทุก 6 เดือน	18	24		เขต	NCD	-	-	-	-	นส.ชมภูนุช พบประเสริฐ	นวก.ชก.	0811512962
	47	Lag : 1) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	-	ปีละ 1 ครั้ง	19			ประเทศ	NCD	-	-	-	-	นส.ชมภูนุช พบประเสริฐ	นวก.ชก.	0811512962
	48	2) อัตราตายจากมะเร็งปอด	-	ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ	NCD	-	-	-	-	นส.ชมภูนุช พบประเสริฐ	นวก.ชก.	0811512962
11. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรค	49	Lag : 1) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m^2/yr	61.37	ปีละ 2 ครั้ง	20	25		จังหวัด	NCD	-	-	/	-	นางสุจิตรา กิจจานนท์	นวก.ชก.	0917189928
12. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาจักษุวิทยา	50	Lead : 1) ร้อยละของผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	95.74	ปีละ 2 ครั้ง		26		จังหวัด	NCD	-	-	-	-	นส.ชมภูนุช พบประเสริฐ	นวก.ชก.	0811512962
13. โครงการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปาก	51	Lead: 1) ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการทันตกรรม	ใหม่	ทุก 3 เดือน				เขต	ทันตะ	/	-	-	-	นางพัชรี โอภาชาติ	จทส.ชง.	0852838627
14. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาปลูกถ่ายอวัยวะ	52	Lag : 1) จำนวนการปลูกถ่ายไตสำเร็จ	ใหม่	ทุก 3 เดือน		27		เขต	พัฒนาฯ	-	-	-	-	นายทิวา แสงเพ็ชร	นวก.ปก.	
แผนงานที่ 7 : การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ (1 โครงการ)																
1. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ	53	Lead : 1) ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	-	ปีละ 1 ครั้ง	21	28		เขต	พัฒนาฯ	-	-	/	-	นางอัญชณา แจ่มแสงทอง	นวก.ชพ.	0863634837
	54	2) ร้อยละของ ER คุณภาพในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป	-	ปีละ 1 ครั้ง				เขต	พัฒนาฯ	-	-	/	-	นางสุวพัชร ฤทธิโสม	นวก.ชพ.	
	55	3) ร้อยละ EMS คุณภาพใน รพ. ทุกระดับ	-	ปีละ 1 ครั้ง				เขต	พัฒนาฯ	-	-	/	-	นางศศิธร ยนจอหอ	นวก.ชพ.	
	56	Lag : 1) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (Trauma)	-	ทุก 6 เดือน		29		ประเทศ	พัฒนาฯ	-	-	-	-	นางอัญชณา แจ่มแสงทอง	นวก.ชพ.	0863634837
แผนงานที่ 8 : การพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ (2 โครงการ)																
1. โครงการพัฒนาและรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน (HA) สำหรับสถานพยาบาล	57	Lead : 1) ร้อยละหน่วยบริการผ่านเกณฑ์มาตราฐาน 2P safety	-	ปีละ 2 ครั้ง				ประเทศ	บริหาร/	-	-	/	-	นางรุจิรา พักตร์ฉวี	นจก.ชพ.	0835843338
	58	2) ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) (ตรงกับแผนยุทธ์)	-	ทุก 3 เดือน	22	30	8	เขต	พัฒนาฯ	-	-	/	-	นางสุดแฟ้น ค้าขาย	นวก.ชพ.	
2. โครงการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.	59	Lead : 1) ร้อยละของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ	-	ทุก 6 เดือน	23	31		เขต	พัฒนาฯ	/	-	-	/	นายบัญญพนต์ นิยมนา	นวก.ชพ.	
		ร้อยละของค่าเฉลี่ยความเชื่อมั่นและวางใจในระบบบริการสุขภาพของประชาชน/ผู้รับบริการ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ80)	ร้อยละ 88.05	ปีละ 2 ครั้ง			9	จังหวัด	พัฒนาฯ	-	-	-	-	นางอัญชณา แจ่มแสงทอง	นวก.ชพ.	0863634837
แผนงานที่ 9 : การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ (3 โครงการ)																
1.โครงการพัฒนา รพ.เฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา และรพ.สมเด็จพระยุพราช	60	lead : 1) ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพที่กำหนด		ปีละ 1 ครั้ง				เขต								
2. โครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษและสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (Migrant Health)	61	Lead : 1) ร้อยละการผ่านเกณฑ์ของหน่วยบริการสาธารณสุข สำหรับการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ ตามเกณฑ์ที่กำหนด		ปีละ 1 ครั้ง				จังหวัด								
	62	2) สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ		ปีละ 3 ครั้ง				ประเทศ	ประกัน					นายวิกรม ทางเรือ		
3. โครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในชายแดนใต้	63	Lead 1) ความครอบคลุมเด็กได้รับวัคซีนตาม EPI ในชายแดนใต้		ทุก 3 เดือน				จังหวัด								
	64	Lag : 1) อัตราการเสียชีวิตของมารดาในชายแดนใต้		ทุก 3 เดือน				จังหวัด								

การจัดระดับประเมินผลงาน 4 ระดับ (คปสอ./รพ./สสอ./รพ.สต.) ตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560

โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด	baseline	ระยะเวลาประเมิน	ประเด็นเน้นหนัก			ระดับการรายงานข้อมูล	กลุ่มงาน	4 ระดับ				ผู้รับผิดชอบ KPI	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์
					PA ปลัด 60	สตป. 60	แผนยุทธศาสตร์ จ.			คป.สอ.	สสอ.	รพ./พ.สต.	รพ.สต.			
แผนงานที่ 10 : ประเทศไทย 4.0 ด้านสาธารณสุข (2 โครงการ)																
1. โครงการพัฒนาสถานบริการด้านสุขภาพ	65	Lead : 1) ร้อยละของสถานพยาบาลกลุ่มเป้าหมายได้รับการส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีมาตรฐานสากล		ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ	ยุทธ์/พัฒนา	-	-	-	-	นางยุพเยาว์ วิศพรรณ์ / นางอัญชณา แจ่มแสงทอง	นวค.ชพ./นวก.ชพ.	0811535322,0863634837
2. โครงการพัฒนาผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์	66	Lead : 1) ร้อยละของยากลุ่มเป้าหมายที่ผลิตหรือนำเข้าเพื่อทดแทนยาต้นแบบเพิ่มขึ้น		ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ								
	67	2) ร้อยละรายการยาและเครื่องมือแพทย์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน		ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ								
	68	3) จำนวนตำรับยาแผนไทยแห่งชาติ อย่างน้อย 100 ตำรับ/ปี		ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ								
	69	4) จำนวนนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ เทคโนโลยีสุขภาพ หรือพัฒนาต่อยอดการให้บริการด้านสุขภาพ		ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ								
	70	5) จำนวนงานวิจัยสมุนไพรที่นำมาใช้จริงทางการแพทย์หรือการตลาดอย่างน้อย 10 เรื่อง	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ	แผนไทย			/		ภก.ภาณุ ศรีวรรัตน์	ภก.ชพ.	0818064720
		ร้อยละของรายได้ที่เพิ่มขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพแก่ชาวต่างชาติ (เพิ่มขึ้นร้อยละ5จากปีที่ผ่าน	13,341,352	ปีละ 1 ครั้ง			10	จังหวัด	ยุทธ์ฯ	-	-	-	-	นายศาสนา ผาสุก	นวก.ชก.	0955979579
3. People Excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) (1 แผนงาน 4 โครงการ)																
แผนงานที่ 11 : การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ (4 โครงการ)																
1.โครงการพัฒนาการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	71	Lead : 1) ระดับความสำเร็จในการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง				เขต	พัฒนาฯ	-	-	-	-	นางพฤกษ์สิริ ธนกิจรุจิโรจน์	นทบ.ชก.	0817823851
2. โครงการผลิตและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพสู่ความเป็นมืออาชีพ	72	Lead : 1) ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ใหม่	ปีละ 2 ครั้ง		32		เขต	พัฒนาฯ	-	-	-	-	อัญชณา แจ่มแสงทอง / นางอุทัยวรรณ มิรัตนไพร	นวก.ชพ.	
	73	Lag : 1) ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	ใหม่	ปีละ 2 ครั้ง				เขต	พัฒนาฯ	/	-	-	-	นายทิวา แสงเพ็ชร	นวก.ปก.	
3.โครงการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการกำลังคน	74	lead 1) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง	24	33		ประเทศ	พัฒนาฯ	-	-	-	-	นายทิวา แสงเพ็ชร	นวก.ปก.	
	75	2) ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index)	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ	พัฒนาฯ	-	-	-	-	นายทิวา แสงเพ็ชร	นวก.ปก.	
	76	Lag : 1) อัตราการสูญเสียบุคลากรด้านสุขภาพ (Loss Rate)	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ	ทรัพย์	-	-	-	-	นางพฤกษ์สิริ ธนกิจรุจิโรจน์	นทบ.ชก.	0817823851
	77	Lag : 2) ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง		34		เขต	ทรัพย์	-	-	-	-	นางพฤกษ์สิริ ธนกิจรุจิโรจน์	นทบ.ชก.	0817823851
4.โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ	78	Lag : 1) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ใหม่	ทุก 3 เดือน		35		ประเทศ	สุขศึกษา	-	/	/	/	นส.อารยา สุทธิธรรม	จพ.ชก.	0819966506
		ร้อยละของบุคลากรทางการแพทย์ ทีมสหวิชาชีพได้รับการพัฒนาศักยภาพตาม Service Plan(ร้อยละ80)	ร้อยละ70	ปีละ 1 ครั้ง			11	จังหวัด	พัฒนาฯ	-	-	-	-	อัญชณา แจ่มแสงทอง / นายทิวา แสงเพ็ชร	นวก.ชพ.	0863634837
		ร้อยละของบุคลากรที่ผ่านเกณฑ์คนสุขภาพดี (ดัชนีความสุข สุขภาพกาย สุขภาพจิต) (มากกว่าน้อยละ80)	33.16	ปีละ 1 ครั้ง			12	จังหวัด	ทรัพย์	-	-	-	-	นางพฤกษ์สิริ ธนกิจรุจิโรจน์	นทบ.ชก.	0817823851
		ร้อยละของอำเภอที่บรรลุผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายตามประเด็นODOP ด้วยกลไก DHS (มากกว่าร้อยละ80)	ร้อยละ 100	ปีละ 1 ครั้ง			13	จังหวัด	พัฒนาฯ	/	-	-	-	นางอัญชณา แจ่มแสงทอง	นวก.ชก.	0863634837
		ร้อยละของตำบลที่ผ่านมาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพระดับดีมากขึ้นไป (ร้อยละ30)	ร้อยละ	ปีละ 1 ครั้ง			14	จังหวัด	สุขศึกษา	/	/	-	/	นางผานิต กิตติศาสตรา	นวก.ชก.	0814314431
		ร้อยละของตำบลที่บรรลุผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายตามประเด็นOTOP(ร้อยละ30)	ร้อยละ3.9	ปีละ 1 ครั้ง			15	จังหวัด	สุขศึกษา	/	/	-	/	นางผานิต กิตติศาสตรา	นวก.ชก.	0814314431
4. Governance Excellence (บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล) (5 แผนงาน 9 โครงการ)																
แผนงานที่ 12 : การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ (2 โครงการ)																
1. โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส	79	Lead : 1) ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ระดับดี	ทุก 3 เดือน	25	36		จังหวัด	นิติการ	-	/	/	-	นางสุภาวดี อ่องโอภาส	นิติกร.ชก.	0819837746

การจัดระดับประเมินผลงาน 4 ระดับ (คปสอ./รพ./สสอ./รพ.สต.) ตามตัวชี้วัด กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560

โครงการ	KPI	ตัวชี้วัด	baseline	ระยะเวลาประเมิน	ประเด็นเน้นหนัก			ระดับการรายงานข้อมูล	กลุ่มงาน	4 ระดับ				ผู้รับผิดชอบ KPI	ตำแหน่ง	เบอร์โทรศัพท์
					PA ปลัด 60	สตป. 60	แผนยุทธ์ จบ.			คป.สอ.	สสอ.	รพ./รพช.	รพ.สต.			
	80	2) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตก	ใหม่	ปีละ 2 ครั้ง		37		เขต	เภสัช			/		ภก.ปรียาภรณ์ พิมักษ์เสมา	ภก.ปก.	0898325309
2. โครงการพัฒนาระบบควบคุมภายในและบริหารความเสี่ยง	81	Lead : 1) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ	นิติการ	-	/	/	-	นส.จารุวรรณ ทองสีมัน	นตก.พ.	0847170361
	82	2) ร้อยละหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์ PMQA	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง				เขต	ยุทธ์	-	-	-	-	นายบัญชา พร้อมดิษฐ์	นวก.ชก.	0890093564
แผนงานที่ 13 : การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (2 โครงการ)																
1. โครงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเทคโนโลยี	83	lead 1) ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ใหม่	ทุก 6 เดือน	26			ประเทศ	ยุทธ์	/	/	/	/	นายบัญชา พร้อมดิษฐ์	นวก.ชก.	0890093564
2. โครงการพัฒนาสุขภาพด้วยเศรษฐกิจดิจิทัล (Digital Economy)	84	Lead : 1) ร้อยละของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลสุขภาพได้ (Health Information Exchange (HIE))	ใหม่	ปีละ 2 ครั้ง				ประเทศ	ยุทธ์	-	-	-	-	นายเสนีย์ พบประเสริฐ	จพ.ชก.	0815768588
	85	2) ร้อยละของประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้ (Personal Health Record)	ใหม่	ปีละ 2 ครั้ง				ประเทศ	ยุทธ์	-	-	-	-	นางสุวรรณา การภักดี	จวถ.ชง.	0896063592
แผนงานที่ 14 : การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ (2 โครงการ)																
1. โครงการลดความเหลื่อมล้ำของ 3 กองทุน	86	Lead : 1) รายจ่ายต่อหัวที่ปรับด้วยโครงสร้างอายุ (Age adjusted expenditure per						ประเทศ								
	87	2) กำหนดให้มีมาตรฐานการจ่ายเงินของแต่ละระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐให้แก่						ประเทศ								
	88	3) ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินปี 2560		ทุก 3 เดือน		38		ประเทศ	พัฒนาฯ					นางอัญชณา แจ่มแสงทอง	นวก.ชพ.	0863634837
	89	Lag : 1) ครัวเรือนที่ต้องกลายเป็นครัวเรือนยากจนภายหลังจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาล		สำรวจทุก 5 ปี				ประเทศ								
2. โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	90	Lag : 1) ร้อยละค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวม		ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ								
	91	2) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพต่อรายประชากร (Health Expenditure per capita)						ประเทศ								
	92	3) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน		ทุก 3 เดือน	27	39		เขต	บริหาร					นางโสภา ตรีนันทวัน	นวง.ชก.	0871232319
แผนงานที่ 15 : การพัฒนางานวิจัยและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (2 โครงการ)																
1. โครงการพัฒนางานวิจัย	93	Lead : 1) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆนำไปใช้	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง	28			เขต	ยุทธ์	/	-	/	-	นายบัญชา พร้อมดิษฐ์	นวก.ชก.	0890093564
	94	2) ร้อยละงบประมาณที่เกี่ยวกับการวิจัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 1.5 ของงบดำเนินการต่อปี	ใหม่					ประเทศ	ยุทธ์	-	-	-	-	นายบัญชา พร้อมดิษฐ์	นวก.ชก.	0890093564
2. โครงการสร้างองค์ความรู้และการจัดการความรู้	95	lead : 1) ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knowledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ	ใหม่	ปีละ 1 ครั้ง				ประเทศ	ยุทธ์	/	-	/	-	นายบัญชา พร้อมดิษฐ์	นวก.ชก.	0890093564
		จำนวนองค์ความรู้ นวตกรรมทางสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการจัดการสุขภาพของจังหวัด	1เรื่อง	ปีละ 1 ครั้ง			16	จังหวัด	ยุทธ์	/	/	/	/	นายบัญชา พร้อมดิษฐ์	นวก.ชก.	0890093564
แผนงานที่ 16 : การปรับโครงสร้างและการพัฒนากฎหมายด้านสุขภาพ (1 โครงการ)																
1. โครงการปรับโครงสร้างและพัฒนากฎหมาย	96	Lag : 1) ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไข และบังคับใช้	ประเทศ	ปีละ 1 ครั้ง	29			ประเทศ	นิติการ	-	-	-	-	นางสุภาวดี อ่องโอภาส	นตก.ชก.	0819837746
	รวม	16 แผนงาน 48 โครงการ 96 ตัวชี้วัดกระทรวง 13 ตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์			30	39	16			30	22	38	20			

สรุปจำนวนตัวชี้วัดในระดับ คปสอ.ปี 2560

ลำดับ	งาน/กลุ่มงาน/ฝ่าย	รวมตัวชี้วัด
1	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	2
2	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพบริการ	3
3	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	2
4	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	4
5	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	1
6	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	1
7	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค	3
8	งานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	3
9	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	1
10	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยฯ	1
10	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	11
	รวมตัวชี้วัด	32

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		
1	**หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพของข้อมูล** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ KPI ที่ 83 ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล* *2.ตัวชี้วัดนี้มีตัวชี้วัดย่อยที่สอดคล้องกับนโยบาย และการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข*		นายบัญชา พร้อมดิษฐ์ นายเสนีย์ พบประเสริฐ
1.1	**ภาพรวม CUP/คปสอ.มีข้อมูลการวินิจฉัยสาเหตุการตายที่ระบุ "ตายไม่ทราบสาเหตุ" ต่ำกว่าร้อยละ 25** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** **1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น** *"หน่วยบริการมีคุณภาพสาเหตุการตาย (Ill Define) ผ่านเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 25"* *2.สถานการณ์ปี 2559 มีการวินิจฉัยและลงข้อมูล "ตายไม่ทราบสาเหตุ"* *ภาพรวมจังหวัด ร้อยละ 48.05 และภาพรวมโรงพยาบาล ร้อยละ 31.07* *3.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = พบมากกว่าร้อยละ 44 2 คะแนน = พบร้อยละ 35-44 3 คะแนน = พบร้อยละ 25-34 4 คะแนน = พบร้อยละ 15-24 5 คะแนน = พบต่ำกว่าร้อยละ 15	HDC	
1.2	**ภาพรวมของ รพช.และ รพ.สต.ในอำเภอ มีความแตกต่างของข้อมูลระหว่าง HDC กับทะเบียนราษฎร์ตามเกณฑ์ที่กำหนด** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สถานการณ์ภาพรวมจังหวัดปี 2559 มีความแตกต่างของข้อมูลอยู่ที่ร้อยละ 13.64* *2.ตัวชี้วัดนี้ มีความสอดคล้องกับนโยบายด้านข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข* *3.วิธีการวัดผล นำตัวชี้วัด ระดับ รพช.ข้อ 3.4 และ รพ.สต.ข้อ 1.1 มารวมแล้วหาค่าเฉลี่ย* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = 0-1.00 2 คะแนน = 1.01-2.00 3 คะแนน = 2.01-3.00 4 คะแนน = 3.01-4.00 5 คะแนน = 4.01-5.00	HDC	บัญชา พร้อมดิษฐ์ เสนีย์ พบประเสริฐ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงาน.พัฒนาบุคลากรและคุณภาพบริการ		
1	**ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster)** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ 30 ร้อยละของพื้นที่มีคลินิกหมอครอบครัว* 2.ระบบการแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) หมายถึง การรวมกลุ่มของหน่วยบริการปฐมภูมิให้เป็นเครือข่ายการดูแลประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันเป็นการประจำ ต่อเนื่องด้วยทีมสหวิชาชีพ เพื่อเพิ่มคุณภาพการให้บริการให้มีมาตรฐานใกล้เคียงกันและให้มีการบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรร่วมกัน โดยเป็นการพัฒนาต่อเนื่องจากนโยบายหมอประจำครอบครัวซึ่งได้จัดทีมหมอครอบครัว 1 ทีมให้การดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คน **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการกำหนดพื้นที่ 1 : 10,000 ในการให้บริการด้วย FM 2 คะแนน = มีการจัดทำฐานข้อมูลในระดับครอบครัว เช่น FF , ข้อมูลทีม อสม.,ทีม Care giver , ทีม FCT 3 คะแนน = มีฐานข้อมูลสถานะสุขภาพทุกกลุ่มวัย กลุ่มดี เสี่ยง ป่วย ครบถ้วน 4 คะแนน = มีผลการให้บริการ ตามข้อ 3 ด้วยทีมสหวิชาชีพตามรูปแบบ PCC 5 คะแนน = มีการดำเนินการตามรูปแบบ PCC โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อย่างน้อย 1 FCT		บัญญพนต์ นิยมนา
2	**ระดับความสำเร็จของ รพ.สต. ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ฯจังหวัดจันทบุรี* 2.การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ที่กำหนดรายหมวด 5 หมวด ได้แก่ประเด็นดังนี้ เกณฑ์ประเมิน รพ.สต. 3 ดี เกณฑ์ประเมิน Healthy work place ,5 ส. เกณฑ์ประเมิน PCA หมวดสำคัญ (หมวด 3,6) และประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ, เกณฑ์การประเมินงานป้องกันควบคุมการติดเชื้อใน รพ.สต.,เกณฑ์ประเมินงานเภสัชกรรม ใน รพ.สต.,เกณฑ์ประเมินงานชันสูตร ใน รพ.สต.,เกณฑ์ประเมินระบบข้อมูลข่าวสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ,เกณฑ์ผลลัพธ์งานตาม KPI ที่สำคัญของกระทรวงสาธารณสุขและเขตบริการสุขภาพ,รพ.สต.มีผลงาน(วิชาการ) นวัตกรรม, งานวิจัย หรือ R2R ที่นำสู่การพัฒนาบริการสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพ **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ระดับอำเภอ 2 คะแนน = มีผลการการประเมินตนเองของแต่ละหน่วยบริการในอำเภอตามแบบที่กำหนด 3 คะแนน = มีแผนปฏิบัติการระดับอำเภอเพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด 4 คะแนน = มีการสรุปผลการพัฒนาการดำเนินงานตามแผน(อำเภอ) 5 คะแนน = มีรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ(แต่ละข้อไม่น้อยกว่าร้อยละ 80)อย่างน้อย1 แห่ง		บัญญพนต์ นิยมนา

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
3	**ระดับความสำเร็จของบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: การพัฒนาบุคลากรตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์การบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหารอัตรากำลังของหน่วยบริการ บุคลากร หมายถึงบุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้ 1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 6 สายงาน ได้แก่ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข 2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals)ได้แก่ 2.1 บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ 7 สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย 2.2 บุคลากรอื่น มี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา 3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุข เจ้าพนักงานเภสัชกรรม เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานเวชสถิติ และเจ้าพนักงานรังสีการแพทย์ 4.บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย ธุรการ การเงิน พัสดุ นิติกรฯลฯ 5.บุคลากรผู้ท่าหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีคณะกรรมการพัฒนาบุคลากรระดับอำเภอ 2 คะแนน = มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาพัฒนาบุคลากรรายกลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ80 3 คะแนน = มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 50 ของเป้าหมาย 4 คะแนน = มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ 80ของเป้าหมาย 5 คะแนน = มีผลการพัฒนาบุคลากรร้อยละ100		นายทิวา แสงเพ็ชร

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		
1	**อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** 1.ความสำเร็จการรักษาหมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบทั้งในปอดนอกปอด 2.ผู้ป่วยรายใหม่หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1)ใหม่เสมหะพบเชื้อ 2)ใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ 3)ไม่มีผลเสมหะ/ไม่ได้ตรวจ (อาการหนักไม่สามารถตรวจได้) *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขแผนงานที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โครงการควบคุมโรคติดต่อ* *2.รายละเอียด :ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ทั้งผู้ป่วยไทย ไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกสธ.* *3.วิธีการวัดผล A= จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งในปอดนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ โดยมีผลการรักษาหาย+รักษาครบ B= จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งในปอดนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ อัตราความสำเร็จ = (A/B) X 100* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ≤ ร้อยละ81 2 คะแนน = ร้อยละ 82 3 คะแนน = ร้อยละ 83 4 คะแนน = ร้อยละ 84 5 คะแนน = ≥ ร้อยละ85		พิสสมร การศรีทอง
2	**ระดับความสำเร็จของกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** **1)ประชากรหลัก หมายถึง หมายถึง กลุ่ม ชายรักชาย สาวประเภทสอง พนักงานบริการ** **2)เข้าถึงบริการ หมายถึง ได้รับการสำรวจเชิงรุกและได้รับบริการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์** *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ ส่งผลต่อตัวชี้วัดแผนงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละกลุ่มประชากรหลักที่เข้าถึงบริการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เชิงรุก)* *2.รายละเอียด : โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงขึ้น ในระดับชุมชน* 3.วิธีการวัดผล..... *พิจารณาความสำเร็จการดำเนินงาน* ***ระดับ1.มีการสำรวจหญิงบริการในพื้นที่รับผิดชอบ*** ***ระดับ2.มีการจัดทำข้อมูลกลุ่มประชากรหลักที่ได้จากการสำรวจ*** ***ระดับ3.มีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่กลุ่มประชากรหลัก*** ***ระดับ4.มีการจัดบริการและจ่ายถุงยางอนามัยแก่กลุ่มประชากรหลัก*** ***ระดับ 5 มีนวัตกรรม/Good Practice*** **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ดำเนินการระดับ1 2 คะแนน = ดำเนินการระดับ 1+ระดับ2 3 คะแนน = ดำเนินการระดับ1+ระดับ2+ระดับ 3 4 คะแนน = ดำเนินการระดับ1+ระดับ2+ระดับ 3+ระดับ4 5 คะแนน = ดำเนินการระดับ1+ระดับ2+ระดับ 3+ระดับ4 +ระดับ5		นางประภา วัฒนชีพ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ		
1	**ระดับความสำเร็จของการลดอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี**		
1.1	***อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี*** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่ 18 **คำนิยาม** 1.เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี 2.การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ 3.จังหวัดจันทบุรีค่าเป้าหมายในการลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ปี 2560 ไม่เกิน 4.2 ต่อแสนประชากร (base line ปี 2558 = 5.3 ต่อแสนประชากร) **วิธีการคำนวณ** รายการข้อมูล 1 A = จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่เสียชีวิตจากการจมน้ำ รายการข้อมูล 2 B = จำนวนประชากรกลางปีของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100,000 (อัตรา/แสนประชากร) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = > 7.2 2 คะแนน = 6.3 - 7.2 3 คะแนน = 5.3 - 6.2 4 คะแนน = 4.3 - 5.2 5 คะแนน = ≤4.2	1.ฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย (มรณะบัตร) 2.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม	**ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์**
1.2	***การดำเนินการป้องกันการจมน้ำด้วยกลยุทธ์ "ผู้ก่อการดี (Merit Maker)"*** **คำอธิบาย:** ผู้ก่อการดี(Merit Maker) ประกอบด้วย10 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ นโยบาย การบริหารจัดการ สถานการณ์และข้อมูล การจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก การให้ความรู้ การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ(CPR) การสื่อสารประชาสัมพันธ์และการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล ทั้งนี้การประเมินผู้ก่อการดีจะมีทั้งหมด 10 ระดับคือ ระดับทอง ระดับเงินและระดับทองแดง ซึ่งแต่ละระดับจะแตกต่างกันที่จำนวนองค์ประกอบหรือจำนวนและความถี่ในแต่ละองค์ประกอบ **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ไม่มีการดำเนินงาน 2 คะแนน = ส่งประเมินผู้ก่อการดีระดับทองแดงแต่การประเมินไม่ผ่าน 3 คะแนน = ผู้ก่อการดีผ่านการประเมินระดับทองแดง 1 ทีม 4 คะแนน = ผู้ก่อการดีผ่านการประเมินระดับทองแดง 2 ทีม 5 คะแนน = ผู้ก่อการดีผ่านการประเมินระดับทองแดง 3 ทีมขึ้นไป หรือผู้ก่อการดีผ่านการประเมินระดับทองแดง 1 ทีมขึ้นไปและส่งประเมินผู้ก่อการดีระดับเงินหรือทอง	จากผลการประเมินของคณะกรรมการระดับจังหวัด	**ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
2	**ระดับความสำเร็จของการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน** **ส่วนที่ 1 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือแผนงานที่ 2 : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ* **คำนิยาม** 1. อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ 2.ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงขอกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 3.ค่าเป้าหมายผลการดำเนินงานอุบัติเหตุทางถนนปี 2560 ลดลงจาก median ปี 53-55 ลง 14 % จังหวัดจันทบุรีมีค่า median ปี53-55 = 165 ราย ดังนั้นลดลง14 % = 142 ราย หรือ 27.13 ต่อแสนประชากร (จังหวัดจันทบุรี ปี 59 พบอัตราเสียชีวิต 38.06 ต่อแสนประชากร) **วิธีการคำนวณ** รายการข้อมูล 1 A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน(V01-V89) ทั้งหมดปีงบประมาณปัจจุบัน **รายการข้อมูล 2 B = จำนวนประชากรกลางปี** สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100,000 (อัตรา/แสนประชากร) **เกณฑ์การให้คะแนน** **เกณฑ์การให้คะแนน (น้ำหนัก ร้อยละ 20)** 10 คะแนน = > 60.13 20 คะแนน = 49.14-60.13 30 คะแนน = 38.14-49.13 40 คะแนน = 27.14-38.13 50 คะแนน = ≤27.13	ฐานข้อมูลการตาย ทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย (มรณะบัตร)	**ทิพย์วิมล ตั้งชูทวีทรัพย์**
	ส่วนที่ 2 การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ผ่านระบบสุขภาพอำเภอหรืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DHS-RTI) **คำอธิบาย:** **1 อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง** อุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งบุคคลหรือสิ่งของที่เกิดขึ้นบนทางสาธารณะ ซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ทั้งที่เป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือ คนเดินเท้า รหัส ICD 10 คือ V01-V89 **2. ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System; DHS)**หมายถึง ระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านการจัดการความรู้เชื่อมโยงสู่กระบวนการป้องกัน โดยมีเป้าหมายร่วมกันเพื่อสุขภาวะของประชาชนโดยมีใจความสำคัญ 3 ส่วนดังนี้ 1) มีระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอ ร่วมกันของทุกภาคส่วนที่ประสานและเชื่อมโยงกับศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) 2) มีความร่วมมือทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ในระดับอำเภอโดยมีเป้าหมายและแผนงานร่วมกัน3) มีการบูรณาการทรัพยากร ทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ระบบข้อมูล สารสนเทศและเทคโนโลยีร่วมกับองค์กรภาคีต่างๆ	จากผลการประเมินของคณะกรรมการระดับจังหวัด/ส่วนกลาง	

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	3.การดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน(DHS-RTI)หมายถึง อำเภอมีการดำเนินงานป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยใช้กระบวนการระบบสุขภาพอำเภอ (DHS) หรืออำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน (DC) เพื่อป้องกันและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน โดยมีการกำหนดกรอบการดำเนินงาน 10 กิจกรรม 1) การจัดการข้อมูล การเฝ้าระวังและจัดทำสถานการณ์ปัญหา 2) การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิต 3) การขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขา 4) มีแผนงาน/โครงการ 5) การขับเคลื่อนทีมระดับตำบล/หมู่บ้าน 6) การชี้เป้าและจัดการจุดเสี่ยงหรือความเสี่ยง 7) การดำเนินงานมาตรการชุมชน/ด่านชุมชน 8) การดำเนินงานมาตรการองค์กรความปลอดภัยทางถนน 9) การรณรงค์ให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ 10) การสรุปผลการดำเนินงาน **การวัดและประเมินผล (DHS-RTI) กำหนดการวัดผลการดำเนินงาน 3 ระดับ** ระดับดี (Good) ดำเนินการได้ 6 กิจกรรม ระดับดีมาก (Excellent) ดำเนินการได้ 7 กิจกรรม ระดับดีเยี่ยม (ADvanced) ดำเนินการได้ 8 กิจกรรมขึ้นไป **เกณฑ์การให้คะแนน (น้ำหนัก ร้อยละ 80)** 10 คะแนน = ไม่ได้ดำเนินการ 20 คะแนน = ดำเนินการแต่ไม่ผ่านเกกณฑ์ 30 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ DHS-RTI ระดับดี(Good) 40 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ DHS-RTI ระดับดี(Good) และจำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุลดลงร้อยละ 5 50 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ DHS-RTI ระดับดีมากหรือดีเยี่ยม **วิธีการคำนวณ** 1. คะแนนที่ได้ = (คะแนน x น้ำหนัก)/คะแนนเต็ม (ส่วนที่ 1 และ 2) 2. สรุปคะแนน=คะแนนที่ได้ส่วนที่ 1 + คะแนนที่ได้ส่วนที่ 2 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = $\leq$ 20 2 คะแนน = 21-40 3 คะแนน = 41-60 4 คะแนน = 61-80 5 คะแนน = 81-100		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ ประเด็น: การพัฒนาตามโครงการพระราชดำริและพื้นที่เฉพาะ		
1	**ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จการจัดระบบบริการดูแลแรงงานต่างด้าวในพื้นที่** **คำอธิบาย :** 1.) สอดคล้องกับตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขตัวชี้วัดที่ 62 สัดส่วนของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการดูแลรักษาปัญหาสุขภาพที่ตรวจพบ 2.) ระดับความสำเร็จการจัดระบบบริการดูแลแรงงานต่างด้าว หมายถึงคปสอ.มีการจัดระบบบริการดูแลแรงงานต่างด้าวที่มีความเชื่อมโยงในการดูแลแรงงานต่างด้าวที่ต่อเนื่องทั้งในระดับโรงพยาบาลและรพสต. โดยพิจารณาความสำเร็จจากการดำเนินงาน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่		**กง.ประกันสุขภาพฯ** **นางนภดกร พูลประสาท** **นายวิกรม ทางเรือ**
	1. มีศูนย์ประสานงานชาวต่างชาติ /นายจ้างแรงงานต่างด้าวเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว	ศูนย์ประสานงานฯ	
	2. มีระบบข้อมูลบริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว ที่สำคัญได้แก่ ข้อมูลการตรวจสุขภาพ การสร้างหลักประกันสุขภาพ และ ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลฯ(ทั้งเก็บเงินได้และเก็บไม่ได้)	โปรแกรมข้อมูลแรงงานต่างด้าวฯ	
	3. มีระบบการส่งต่อ - ส่งกลับในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ตรวจพบโรคที่เป็นปัญหาเพื่อการติดตามดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน ซิฟิลิส โรคเท้าช้าง โรคพยาธิลำไส้	ใบส่งต่อผู้ป่วยบส.08	
	4. มีระบบติดตามผู้ป่วยแรงงานต่างด้าวกรณีตรวจพบโรคที่เป็นปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่ต้องควบคุมโรคในพื้นที ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน ซิฟิลิส โรคเท้าช้าง โรคพยาธิลำไส้	โปรแกรมข้อมูลแรงงานต่างด้าวฯที่ได้รับการติดตาม	
	5. ร้อยละของแรงงานต่างด้าวที่ตรวจสุขภาพพบโรคได้รับการติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง	ทะเบียนผู้ป่วย/เวชระเบียนผู้ป่วย	
	วิธีการวัด/เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 2 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 และ ข้อ2 3 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 + ข้อ2 และข้อ3 4 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 + ข้อ2 + ข้อ3 และข้อ4 5 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 + ข้อ2 + ข้อ3 + ข้อ4 และข้อ 5		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม		
1	**ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน(Active Communities)** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** **1. ความสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข** คือ เป็นตัวชี้วัดหน่วยงานระดับเขต ของยุทธศาสตร์ ที่ 1 Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นเลิศ)แผนงานที่ 4 บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง(Hot Zone) **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** การดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities)เป็นการพัฒนาชุมชนโดยอาศัยหลักการชุมชนเข้มแข็งด้วยกระบวนงานสาธารณสุขมูลฐาน 3 ก (กรรมการ/กำลังคน กองทุน กิจกรรม) 1 ข(ข้อมูล) และ 3 ส (สร้างความร่วมมือ สื่อสาร สู่การพัฒนาที่ยั่งยืน) ในการดำเนินงานต้องเกิดจากความร่วมมือของประชาชน โดยมีภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนให้การส่งเสริมและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง กระบวนการพัฒนาตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน **1. ระดับการเตรียมความพร้อมชุมชน** 1) มีคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพระดับตำบลและกำหนดบทบาทชัดเจน 2) มีแกนนำชุมชน หรือ อสม. อย่างน้อย 1 คน/หมู่บ้าน ที่สนับสนุนงานอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) มีกองทุนระดับตำบล ที่สนับสนุนการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน หรือได้รับการสนันสนุนจากภาคีเครือข่ายภายในหรือภายนอกพื้นที่ 4) มีการประยุกต์ใช้ค่ากลางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระดับเขต/จังหวัด เพื่อนำไปใช้ในการกำหนดแนวทางการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชนได้ 5) มีการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของชุมชนอย่างเป็นระบบ 6) มีเวทีประชาคม/ประชุม ตำบลหรือหมู่บ้าน สำหรับชี้แจงและติดตามความก้าวหน้าในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง 7) มีช่องทางให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่หลากหลาย เหมาะสม	สรุปผลตามแบบประเมินการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน	นางสุขใจ เอี่ยมสำอางค์
	2. ระดับการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน 1) แกนนำชุมชน/อสม. ได้รับการพัฒนาศักยภาพ เสริมสร้างองค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และร่วมสนับสนุนการดำเนินงานในพื้นที่ 2) ประชาชนมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ และจัดลำดับปัญหาและความเสี่ยงของชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 3) ประชาชนร่วมคิด ร่วมจัดทำแผน และดำเนินกิจกรรมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่สอดคล้องกับความเสี่ยงในพื้นที่หรือค่ากลางระดับเขต/จังหวัด **3. ระดับการพัฒนาความเข้มแข็งชุมชนยั่งยืน** มีนวตกรรมชุมชนด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ที่ชาวยลกหรือจัดการปัญหา ความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชนที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เช่นระบบเฝ้าระวังอนามัยสิ่งแวดล้อมชุมชน **วิธีประเมินตำบลที่มีชุมชนที่มีการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน(Active Communities)** ใช้กระบวนการวิเคราะห์ชุมชนตามหลักค่ากลาง โดยต้องดำเนินการ 2 ขั้นตอนดังนี้ <u>ระดับความพร้อมของชุมชน</u> โดยคัดกรองความก้าวหน้าของการพัฒนาดังนี้ ระดับ 1 คือ ดำเนินกิจกรรมในขั้นเตรียมความพร้อม ได้เพียง 1 กิจกรรม		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	ระดับ 2 คือ ดำเนินกิจกรรมในขั้นเตรียมความพร้อม ได้เพียง 2-3 กิจกรรม ระดับ 3 คือ ดำเนินกิจกรรมในขั้นเตรียมความพร้อม ได้เพียง 4-6 กิจกรรม ระดับ 4 คือ ดำเนินกิจกรรมในขั้นเตรียมความพร้อม ครบทุกกิจกรรม <u>ระดับวิเคราะห์ความเข้มแข็งชุมชน</u> ทำการประเมินความมีศักยภาพชุมชน เมื่อชุมชนพัฒนาอยู่ในระดับที่ 4 ได้สำเร็จ 1. ชุมชนมีความพร้อม คือ ชุมชนมีการพัฒนาในระดับการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับที่ 4 2. ชุมชนมีศักยภาพ(Active Community) คือ ชุมชนที่มีความพร้อมอยู่ในระดับที่ 4 และดำเนินการในระดับการพัฒนาศักยภาพได้ครบทุกกิจกรรม 3. ชุมชนมีความเข้มแข็งยั่งยืน คือ ชุมชนที่มีความพร้อมอยู่ในระดับที่ 4 และดำเนินการในระดับการพัฒนาศักยภาพและระดับการพัฒนาความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน ครบทุกกิจกรรม **4.วิธีการวัดผล** **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = คปสอ. มีแผนการดำเนินงานเพื่อสนับสนุนให้ตำบลมีชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของชุมชน (Active Communities) 2 คะแนน = ชุมชนมีการพัฒนาในระดับการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับที่ 2 3 คะแนน = ชุมชนมีการพัฒนาในระดับการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับที่ 3 4 คะแนน = ชุมชนมีการพัฒนาในระดับการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับที่ 4 5 คะแนน = ชุมชนมีการพัฒนาในระดับการเตรียมความพร้อม อยู่ในระดับที่ 4 และดำเนินการในระดับการพัฒนาศักยภาพ หรือ ระดับการพัฒนาความเข้มแข็งอย่างยั่งยืน		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค		
ประเด็นที่เสนอ : การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ			
1	**ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย ร้อยละ 80**	สำรวจ/รายงาน	**จิรวรรณ บุญพิทักษ์**
	คำอธิบาย 1.อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์(เนื้อวัว เนื้อหมูสด) 2.อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง 3.อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่ง อาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง(เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว/ขนมจีน) นมโรงเรียนและน้ำมัน 4.อาหารแปรรูปปลอดภัย หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริม ผลิตภัณฑ์จากแป้ง(เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/เกี๊ยว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด **เกณฑ์คะแนน** 1 คะแนน = ร้อยละ 40.00 - 49.99 2 คะแนน = ร้อยละ 50.00 - 59.99 3 คะแนน = ร้อยละ 60.00 - 69.99 4 คะแนน = ร้อยละ 70.00 - 79.99 5 คะแนน = ร้อยละ 80.00 - 100.00		
2	**ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 95**	สำรวจ/รายงาน	**จิรวรรณ บุญพิทักษ์**
	คำอธิบาย **ผลิตภัณฑ์สุขภาพ** หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและที่ไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา **ที่ได้รับการตรวจสอบ** หมายถึง เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่างของจังหวัด เพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น **เกณฑ์คะแนน** 1 คะแนน = ร้อยละ 75.00 - 79.99 2 คะแนน = ร้อยละ 80.00 - 84.99 3 คะแนน = ร้อยละ 85.00 - 89.99 4 คะแนน = ร้อยละ 90.00 - 94.99 5 คะแนน = ร้อยละ 95.00 - 100.00		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
ประเด็นที่เสนอ : การดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ			
3	**ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด ร้อยละ 100**	สำรวจ/รายงาน	
	คำอธิบาย **สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพ 2 กลุ่ม** - กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ตาม พรบ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งมี 2 ประเภท ได้แก่สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/สถานพยาบาลเอกชน) - กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พรบ.สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 **ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานได้รับการตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม ดังนี้** - กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนดหรือได้รับการส่งเสริมตามแนวทางที่กำหนด - กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด **เกณฑ์คะแนน** 1 คะแนน = ร้อยละ 50.00 - 59.99 2 คะแนน = ร้อยละ 60.00 - 69.99 3 คะแนน = ร้อยละ 70.00 - 79.99 4 คะแนน = ร้อยละ 80.00 - 89.99 5 คะแนน = ร้อยละ 90.00 - 100.00		**ภาณุ ตรีวรรัตน์** **กนกกาญจน์ เสรีขจรจารุ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน		
1	**ตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ** ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและการดูแลระยะยาว(Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคตดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองด้วยความตั้งใจเต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการ การมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงใน 5 กลุ่มวัย เน้นในด้านพัฒนาเด็ก อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐานระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม **3. วิธีการวัดผล** A = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีมากขึ้นไปปี 2560 B = จำนวนตำบลเป้าหมาย ในปี 2560 (76 ตำบล) **สูตรการคำนวน** - ร้อยละของตำบลที่ผ่านมาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพระดับดีมากขึ้นไป = (A/B) x 100 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ต่ำกว่าร้อยละ 25 2 คะแนน = ร้อยละ 25 - 29 3 คะแนน = ร้อยละ 30 - 34 4 คะแนน = ร้อยละ 35 - 40 5 คะแนน = ร้อยละ 40 ขึ้นไป	เวปไซด์ www.thaiphc.net	ผาณิต กิตติศาสตรา
2	**ตำบลที่บรรลุผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายตามประเด็น OTOP ร้อยละ 30** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ** 1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ 2) อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญของจังหวัดลดลง **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตามประเด็น OTOP หมายถึงตำบลมีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่นที่มีการบูรณาการร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพในตำบลตามประเด็นOTOP จนสามารถผ่านตัวชี้วัดตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด 2 ประเด็นขึ้นไป ประเด็น OTOP หมายถึง ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพในแต่ละตำบลจำนวน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) Long Term Care 3) ประเด็นตามปัญหาพื้นที่/นโยบายพัฒนาต้นแบบระบบบริการสุขภาพ **3. วิธีการวัดผล**	แบบรายงาน	ผาณิต กิตติศาสตรา

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	A = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านตัวชี้วัดตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด 2 ประเด็นขึ้นไป B = จำนวนตำบลเป้าหมาย ในปี 2560 (76 ตำบล) **สูตรการคำนวน** - ร้อยละของตำบลที่บรรลุผลสัมฤทธ์การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายตามประเด็น OTOP = (A/B) x 100 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ต่ำกว่าร้อยละ 15 2 คะแนน = ร้อยละ 15 - 19 3 คะแนน = ร้อยละ 20 - 24 4 คะแนน = ร้อยละ 25 - 30 5 คะแนน = ร้อยละ 30 ขึ้นไป		
3	**ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข** คือร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัวและเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(4) บำรุงรักษาจิตใจ อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้ **3. วิธีการวัดผล** A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย ได้แก่ 1) 100 % ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 4 และ 20 % ของ CKD ระยะ 3 2) 50 % ของครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากผลการประเมิน ADL ปี 2559 3) 20 % ของครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่คุมเบาหวานไม่ได้ โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มเป้าหมาย 1) และ 2) **สูตรการคำนวน** - ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด = (A/B) x 100	1. ทะเบียน อสค. 2. แบบประเมินผลศักยภาพ 3. เวปไซด์ www.thaiphc.net	อารยา สุทธิธรรม

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = ต่ำกว่าร้อยละ 35 2 คะแนน = ร้อยละ 35 - 39 3 คะแนน = ร้อยละ 40 - 44 4 คะแนน = ร้อยละ 45 - 49 5 คะแนน = ร้อยละ 50 ขึ้นไป		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข		
1	**ตัวชี้วัด :** หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1) หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) 2) บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึงบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากป้องกันโรคและรักษาโรคในช่องปากตามความจำเป็น 3) บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากได้แก่การตรวจ/วางแผนบริการร่วมกับผู้รับบริการและให้คำแนะนำเป็นการเฉพาะรายบุคคลฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองและการขัดทำความสะอาดฟัน - การฝึกทักษะ หมายถึงกระบวนการพัฒนาศักยภาพให้ผู้รับบริการมีความสามารถปฏิบัติได้จริงโดยแนะนำ/ผู้รับบริการทดลองปฏิบัติ/และแนะนำเพิ่มเติม - การดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้แก่การตรวจช่องปากด้วยตนเองและสามารถจัดการได้เมื่อมีปัญหาการแปรงฟันได้สะอาดเพียงพอในระดับป้องกันโรคฟันผุและเหงือกอักเสบการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพช่องปากอย่างเหมาะสม (เช่นแปรงสีฟันยาสีฟันไหมขัดฟันแปรงซอกฟัน) และการเลือกบริโภคอาหารที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปากและเลี่ยงอาหารที่เพิ่มความเสี่ยง 4) บริการป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่การทาฟันด้วยฟลูออไรด์วาร์นิช (เด็กอายุ 9 เดือนถึง5 ปี) การเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 (ช่วงอายุ 6-7 ปี) และซี่ที่ 2 (ช่วงอายุ11-12 ปี) การขูดหินน้ำลายเหนือเหงือกและการเคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคฟันผุ 5) บริการรักษา หมายถึงการรักษาพื้นฐานได้แก่อุดฟันขูดหินน้ำลายและถอนฟันโดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพ.แม่ข่าย) และทีมหมอครอบครัวสนับสนุนกำลังคนวัสดุวิชาการและกำกับติดตามให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการได้ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อฟันดีไม่มีผุ (cavity free) ดังนี้ - เด็กอายุ 0-2 ปีได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 - เด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากปีละครั้ง - เด็กในโรงเรียนประถมศึกษาได้รับบริการสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 - ผู้สูงอายุได้รับบริการส่งเสริมป้องกันและรักษาไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ต่ำกว่าร้อยละ 34 2 คะแนน = ร้อยละ 35 - 39 3 คะแนน = ร้อยละ 40 - 44 4 คะแนน = ร้อยละ 45 - 49 5 คะแนน = ร้อยละ 50 ขึ้นไป	43 แฟ้ม HDC และข้อมูลจากพื้นที่	นาง พัชรี โอภาชาติ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
1	**การพัฒนาการแพทย์แผนไทยในอำเภอ** **คำอธิบาย** เครือข่ายแพทย์แผนไทยหมายถึง ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย อสม. ที่ผ่านการอบรมฯหรือภาคเอกชน เช่น หมอนวด หมอพื้นบ้าน ฯลฯ **เกณฑ์คะแนน** 1.มีการใช้ขมิ้นชัน และฟ้าทะลายโจรเป็น First line Drug และมีการใช้ยาสมุนไพรทดแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 5 รายการ 2.มีแพทย์แผนไทยใน FCT ระดับอำเภอทุกทีม 3.มีแพทย์แผนไทยใน FCT ระดับตำบลทุกทีม 4.มีเครือข่ายแพทย์แผนไทยใน FCT ระดับชุมชนทุกทีม 5.มีทำเนียบบุคคลากรเครือข่ายบริการแพทย์แผนไทย ข้อละ 1 คะแนน	TTM รายงานประชุม PCT ทำเนียบเครือข่ายแพทย์แผนไทย	ภาณุ ศรีวรรัตน์ สุขสบาย ฉอ้อมตะคุ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		
1	**ตัวชี้วัด: อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน ***การวัดผล*** *วัดกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์* ***วิธีการประเมินผล*** *มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ และรายงานการประชุม* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอและมีการประชุม 1 ครั้ง 2 คะแนน = มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอและมีการประชุม 2 ครั้ง 3 คะแนน = มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอและมีการประชุม 3 ครั้ง 4 คะแนน = มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอและมีการประชุม 4 ครั้ง 5 คะแนน = มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กระดับอำเภอและมีการประชุม 4 ครั้ง และไม่มีมารดาตาย	แบบรายงานก.2 กลุ่มงานส่งเสริม	นางสมจิต ยาใจ
2	**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังแล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกรวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน **เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง** เด็กอายุ 9 ,18,30,42 เดือนที่ได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM) ตามเกณฑ์ ครบ 5 ด้าน **เด็กอายุ 0-5 ปีสงสัยพัฒนาการล่าช้า หมายถึง** เด็ก 4 ช่วงวัย ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการพบพัฒนาการไม่ผ่านทักษะด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม **เด็กอายุ 0-5 ปีสงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง** เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือนหลังจากพบสงสัยพัฒนาการล่าช้า **คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM)** หมายถึง แบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี เป็นการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรมพัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและ *3.วิธีการจัดเก็บข้อมูล* *มีการนำข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการเด็กบันทึกใน Special PP และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม* **เกณฑ์การให้คะแนนคัดกรองพัฒนาการเด็ก** 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 79 2 คะแนน = ร้อยละ 84-80	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	นางสมจิต ยาใจ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	3 คะแนน = ร้อยละ 89-85 4 คะแนน = ร้อยละ 94-90 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป **เกณฑ์การให้คะแนนเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า** 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 4 2 คะแนน = ร้อยละ 5-9 3 คะแนน = ร้อยละ 10-14 4 คะแนน = ร้อยละ 15-19 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ขึ้นไป **เกณฑ์การให้คะแนนการติดตามพัฒนาการเด็ก** 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 79 2 คะแนน = ร้อยละ 84-80 3 คะแนน = ร้อยละ 89-85 4 คะแนน = ร้อยละ 94-90 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป *4.วิธีการประเมินผล* **คะแนนที่ได้ = <u>คะแนนคัดกรอง+คะแนนสงสัยพัฒนาการล่าช้า+คะแนนติดตามพัฒนาการ</u>** **3**		
3	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 51** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง** เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **สูงดี หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของWHO ชุดใหม่ ปี พ.ศ.2558 โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตาม **สมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง ของWHO ปี พ.ศ.2558 โดยมีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง **สูงดีสมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) **ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง** ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน *3.วิธีการวัดผลและการจัดเก็บข้อมูล รพช./รพ.สต.ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกคน เป็นรายไตรมาส และบันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลัก เช่น HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม* **เกณฑ์การให้คะแนน** **ดูจากร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 41 2 คะแนน = ร้อยละ 41-45 3 คะแนน = ร้อยละ 46-50 4 คะแนน = ร้อยละ 51-54 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55 ขึ้นไป	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	นางสมจิต ยาใจ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
4	**ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 66)** โดยในระดับ คปสอ. ประเมินผลการดำเนินงานจากผลสัมฤทธิ์การส่งเสริมควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน **คำอธิบายตัวชี้วัด** : ระดับอำเภอมีการดำเนินการขับเคลื่อน พัฒนาเครือข่ายโรงเรียนตามแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน โดยใช้กระบวนการถ่ายทอดโปรแกรมการจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher : SKC) ดังนี้ 1. อำเภอมีการจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุมป้องกัน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน 2. อำเภอมีแผนปฏิบัติงานโครงการเพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วนภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน 3. อำเภอมีการดำเนินการ ดังนี้ 3.1 การจัดการภาวะทุพโภชนาการ 3.2 ส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี รูปร่างสมส่วน 3.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ Obesity Sign - รอยเปื้อนดำรอบคอ - นั่งหลับในเวลาเรียนเป็นประจำ - นอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับ - ประวัติความเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว 3.4 ติดตามและรายงานผล 4. อำเภอมีรายงานการถ่ายทอดโปรแกรมการจัดการน้ำหนัก (Smart Kids Coacher : SKC) 5. อำเภอมีรายงานโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบที่มีมาตรการส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วนและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ **วิธีการประเมินผล** 1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน 2. มีแผนปฏิบัติงานโครงการเพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน 3. มีข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับและนำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ 4. มีรายงานการถ่ายทอดโปรแกรมการจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher : SKC) 5. มีสรุปรายงานโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบที่มีมาตรการส่งเสริมเด็กสูงดี สมส่วน และแก้ไขเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 66 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการดำเนินงาน 1 ข้อ 2 คะแนน = มีการดำเนินงาน 2 ข้อ 3 คะแนน = มีการดำเนินงาน 3 ข้อ 4 คะแนน = มีการดำเนินงาน 4 ข้อ 5 คะแนน = มีการดำเนินงานครบทุกข้อ และมีเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วนมากกว่าร้อยละ 66	1. แบบสรุปผลการคัดกรองประเมินผลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนรายชั้น รายโรงเรียน และวิเคราะห์จำแนกภาวะโภชนาการเพื่อวางแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไข 2. จัดเก็บ รวบรวม ติดตามและนิเทศ	น.ส.สุวารี หลิมเจริญ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
5	**ตัวชี้วัด: อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: *สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence* **คำนิยาม** จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19ปี 1,000 คน **ตัวชี้วัดนี้** ระดับ คปสอ.วัดกระบวนการขับเคลื่อนอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และผลลัพธ์ของอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ15 - 19ปี **วิธีการวัดผล** 1.มีการขับเคลื่อนอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และมีการประเมินซ้ำทุก3ปี *2.เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียน* *แห่งท้องที่ที่เด็กเกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร์* *(A/B) X 100* *A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15-19 ปี (จากทะเบียนเกิด)* *B = จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)* **1 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์** 2 คะแนน =ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และอัตราหญิงอายุ 15-19ปีคลอดน้อยกว่า48 ต่อพันประชากรหญิงอายุ15-19ปี 3 คะแนน =ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และอัตราหญิงอายุ 15-19ปีคลอดน้อยกว่า46 ต่อพันประชากรหญิงอายุ15-19ปี 4 คะแนน =ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และอัตราหญิงอายุ 15-19ปีคลอดน้อยกว่า44 ต่อพันประชากรหญิงอายุ15-19ปี 5 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ประเมินอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์และอัตราหญิงอายุ 15-19ปี ต่อพันประชากรหญิงอายุ15-19ปี	ข้อมูลจาก ทะเบียนราษฎ์	นางสมจิต ยาใจ
6	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **คำนิยาม ประชาชนวัยทำงาน** หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี- 59 ปี 11 เดือน 29 วัน **ดัชนีมวลกาย** หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 กก./ตรม. **วิธีการวัดผล (A/B) x 100** A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** รพ.สต. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงประชาชนวัยทำงาน และบันทึกในโปรแกรมหลักของสถาน บริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 40 2 คะแนน = ร้อยละ 40-44 3 คะแนน = ร้อยละ 45-49 4 คะแนน = ร้อยละ 50-54 5 คะแนน = ร้อยละ 55 ขึ้นไป	43 แฟ้ม	นางสุภาพ ขวัญพูล

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
7	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน** สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **คำนิยาม** มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 1.มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2.มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3.มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4.มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากร 5.มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6.มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุ 7.มีคณะกรรมการการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล **หมายเหตุ** : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ •ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และ •มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิ •ตำบลที่อปท.ยังไม่ได้สมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ **วิธีการวัดผล (A/B) x 100** A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ B = จำนวนตำบลในเขต รพศ./รพช.และรพ.สต.ทั้งหมด **วิธีการประเมินผล** 1.พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ 2.อำเภอประเมินพื้นที่ รายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มประเมิน รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 35 2 คะแนน = ร้อยละ 35-39 3 คะแนน = ร้อยละ 40-44 4 คะแนน = ร้อยละ 45-49 5 คะแนน = ร้อยละ 50 ขึ้นไป	รายงานจากกลุ่มงานส่งเสริม	นางจันจิรา ใจดี
8	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของ Healthy Ageing** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **คำนิยาม ผู้สูงอายุ** ตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป **Healthy Ageing** หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลงานการคัดกรองสมรรถเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน **การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึง** การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมินเป็นไปตามแนวทาง "คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ" กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็น	43 แฟ้ม	นางจันจิรา ใจดี

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	1)คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 2)คัดกรองกลุ่ม Geritric Syndromes) 3)ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล **วิธีการวัดผล วัดจากร้อยละของการคัดกรอง(A/B) x 100 รอบ 9 เดือน** คัดกรองดังนี้ A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) 1.รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50 B = ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล 2.รอบ 9 เดือน ครบถ้วน **วิธีการจัดเก็บข้อมูล (สรุปผลงานรวมจากรพ.และรพ.สต.)** 1.ฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จากโปรแกรม Hos_xp/(โปรแกรม AGE APP) พัฒนาโดยกรมการแพทย์ 2.สรุปผลการประเมิน ADL ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ ตำบล หมู่บ้านฯ **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 75 2 คะแนน = ร้อยละ 75-79 3 คะแนน = ร้อยละ 80-84 4 คะแนน = ร้อยละ 85-89 5 คะแนน = ร้อยละ 90 ขึ้นไป		
9	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด(Dependence) ยาเสพติด **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จาก สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข **วิธีการวัดผล (A/B) x 100** A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 84 2 คะแนน = ร้อยละ84-86 3 คะแนน = ร้อยละ 87-89 4 คะแนน = ร้อยละ 90-92 5 คะแนน = ร้อยละ 92 ขึ้นไป	บสต.	นางสมจิต ยาใจ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
10	**ตัวชี้วัด: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ** **คำนิยาม** การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีพตนเองโดยสมัครใจ และเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆจนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ **เป้าหมาย** ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 10 จากปี 2559 (เกณฑ์เป้าหมายประเทศ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน) **วิธีการดำเนินงาน** 1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับอำเภอ 2.มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช 3.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4.มีการปฏิบัติงานตามแผนฯ **วิธีการประเมินผล มีองค์ประกอบดังนี้ (ข้อละ 1 คะแนน)** 1.มีคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับอำเภอ 2.มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี 3.หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง มีแผนปฏิบัตการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย และปฏิบัติตามแผนฯ 4.องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 50 มีแผนงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5.ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากกว่า ร้อยละ 50 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีองค์ประกอบ 1 ข้อ 2 คะแนน = มีองค์ประกอบ 2 ข้อ 3 คะแนน = มีองค์ประกอบ 3 ข้อ 4 คะแนน = มีองค์ประกอบ 4 ข้อ 5 คะแนน = มีองค์ประกอบ 5 ข้อ	รายงานจาก รง.506 เอส กลุ่มงานส่งเสริม	นายวัชระ ประคองศรี
11	**ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **คำนิยาม การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯหรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการสาธารณสุข **ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ICD 10 หมวด F32, F33,F34.1,F38และF39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ 2560 ทั้งรายใหม่และรายเก่า **เป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ ร้อยละ 50 **วิธีการดำเนินงาน** 1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับอำเภอ 2.มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช 3.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการโรคซึมเศร้า ของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วน	43 แฟ้ม	นายวัชระ ประคองศรี

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ คปสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	4.มีการปฏิบัติงานตามแผนฯ **วิธีการประเมินผล มีองค์ประกอบดังนี้ (ข้อละ 1 คะแนน)** 1.มีคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับอำเภอ 2.มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี 3.หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง มีแผนปฏิบัตการป้องกันและแก้ไขปัญหาการโรคซึมเศร้า และมีการปฏิบัติตามแผนฯ 4.องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 50 มีแผนงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5.ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการมากกว่า ร้อยละ 50 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีองค์ประกอบ 1 ข้อ 2 คะแนน = มีองค์ประกอบ 2 ข้อ 3 คะแนน = มีองค์ประกอบ 3 ข้อ 4 คะแนน = มีองค์ประกอบ 4 ข้อ 5 คะแนน = มีองค์ประกอบ 5 ข้อ		

สรุปจำนวนตัวชี้วัดในระดับ รพช. ปี 2560

ลำดับ	งาน/กลุ่มงาน/ฝ่าย	รวมตัวชี้วัด
1	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	4
2	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพบริการ	5
3	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	1
4	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	6
5	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	1
6	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	1
7	กลุ่มงานเภสัชสาธารณสุข	2
8	งานนิติการ	3
9	กลุ่มงานบริหารทั่วไป	5
10	งานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	1
11	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	2
12	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	1
13	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	11
	รวมตัวชี้วัด	43

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		
1	**โรงพยาบาลชุมชนมีองค์ความรู้จากกระบวนการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) อย่างน้อย 1 เรื่อง** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ KPI ที่ 95 ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knoeledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ* *2.การสร้างความรู้โดยใช้กระบวนการ KM เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานนั้น เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการเรียนรู้ขององค์กร ที่ รพช.จำเป็นต้องมี* *3.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน* *3.1 เกณฑ์การให้คะแนนได้เรียงลำดับตามกิจกรรม KM ไว้แล้ว* *3.2 กรณีไม่มีกระบวนการ KM ตามเกณฑ์คะแนน ให้ 0 คะแนน* *3.3 กรณีมีองค์ความรู้ แต่ไม่พบกระบวนการ KM ตามขั้นตอนให้ 1 คะแนน* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการวิเคราะห์ก่อนวางแผนการจัดการความรู้ ใน 7 ขั้นตอน (เพื่อสกัดความคิดให้เกิดความชัดเจน) 2 คะแนน = มีแผนการจัดการความรู้ (ประเด็นเรื่อง กลุ่มเป้าหมาย วิธีการได้มาซึ่งความรู้ วัน-เวลา และสถานที่) 3 คะแนน = มีกระบวนการสกัดข้อมูลตามแผนฯ 4 คะแนน = มีการนำข้อมูลที่ได้สร้างเป็นความรู้โดยจัดหมวดหมู่/ลำดับ/หัวข้อที่เหมาะสม (อย่างน้อย 1 เรื่อง) 5 คะแนน = มีหลักฐาน/รายละเอียดของการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประโยชน์ และเผยแพร่ผ่านช่องทางต่างๆ (เอกสาร Website)	จากรายละเอียดในเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดที่เป็นไปตามเกณฑ์การให้คะแนน โดยมีกำหนดให้ส่งเป็นระยะๆ	บัญชา พร้อมดิษฐ์ อัมพา ไพโรจน์กิจตระกูล
2	**โรงพยาบาลมีผลงาน "งานประจำสู่งานวิจัย" หรือ R2R อย่างน้อย 1 เรื่อง** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ KPI ที่ 93 ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์* *2.การสร้างความรู้โดยใช้กระบวนการวิจัย R2R เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานนั้น เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการเรียนรู้ขององค์กรที่ รพช.จำเป็นต้องมี* *3.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน* *3.1 เกณฑ์การให้คะแนนได้เรียงลำดับตามกิจกรรม วิจัย/R2R ไว้แล้ว* *3.2 นับระยะเวลาการวิจัย/R2R ตามเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ ต.ค.2559 เป็นต้นไป* *(กรณีที่ CUP ต้นแบบ ได้ดำเนินการวิจัย (ในประเด็นเรื่องต้นแบบ) มาระยะเวลาหนึ่งตั้งแต่ปี 2558 แต่ปัจจุบันยังกำลังอยู่ในขั้นตอนตาม ระดับ 1 หรือ 2 คะแนน สามารถดำเนินการต่อตามตัวชี้วัดนี้ได้)* *(กรณีอยู่ในขั้นตอนการเขียนเอกสารผลงานวิจัย (ระดับ 3 คะแนน) ตั้งแต่ ต.ค.2559 ให้ทำเรื่องใหม่)* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการวิเคราะห์ประเด็นเรื่อง/หัวข้อ วิจัย/R2R 2 คะแนน = มีกระบวนการ/วิธีดำเนินการวิจัย/R2R ที่เป็นที่ยอมรับ 3 คะแนน = มีเอกสารผลงานวิจัย/R2R อย่างน้อย 1 เรื่อง 4 คะแนน = มีรายละเอียดแสดงการนำผลงานวิจัย/R2R ไปใช้ประโยชน์ในงาน (อย่างน้อย 1 5 คะแนน = มีการเผยแพร่งานวิจัยผ่านช่องทางต่างๆ (นำเสนอ ส่งเอกสาร Website)	1.จากรายละเอียดในเอกสารตามแบบฟอร์มรายงานที่กำหนด 2.จากการรวบรวมในช่วงของการอบรมการวิจัย/R2R 3.การตรวจสอบในช่องทางต่างๆ (นำเสนอ ส่งเอกสาร Website)	บัญชา พร้อมดิษฐ์ อัมพา ไพโรจน์กิจตระกูล

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
3	**หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพของข้อมูล** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ KPI ที่ 83 ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล* *2.ตัวชี้วัดนี้ มีตัวชี้วัดย่อยที่สอดคล้องกับนโยบาย และการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ดังนี้*		
3.1	**โรงพยาบาลชุมชนมีข้อมูลการวินิจฉัยสาเหตุการตาย "ตายไม่ทราบสาเหตุ" ต่ำกว่าร้อยละ 25** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น "หน่วยบริการมีคุณภาพสาเหตุการตาย (Ill Define) ผ่านเกณฑ์คุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 25"* *2.สถานการณ์ปี 2559 มีการวินิจฉัยและลงข้อมูล "ตายไม่ทราบสาเหตุ" ภาพรวมจังหวัด ร้อยละ 48.05 และภาพรวมโรงพยาบาล ร้อยละ 31.07* *3.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = พบมากกว่าร้อยละ 29 2 คะแนน = พบร้อยละ 25-29 3 คะแนน = พบร้อยละ 20-24 4 คะแนน = พบร้อยละ 15-19 5 คะแนน = พบต่ำกว่าร้อยละ 15	HDC	บัญชา พร้อมดิษฐ์ เสนีย์ พบประเสริฐ
3.2	**โรงพยาบาลชุมชน <u>(แผนก/งานผู้ป่วยนอก)</u> มีคะแนนตามเกณฑ์คุณภาพข้อมูล ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 75** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น "หน่วยบริการมีข้อมูลเวชระเบียน การบันทึกข้อมูล และการวินิจฉัยที่ครบถ้วนถูกต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75"* *2.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน โดยนำคะแนนจากการประเมินคุณภาพข้อมูลของทีมประเมินเวชระเบียนทุกอำเภอ (ตามแบบฟอร์ม) มาวิเคราะห์และให้คะแนน (ทีมประเมินลงประเมิน 3 ครั้งจะใช้คะแนนจากการประเมินครั้งสุดท้าย)* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล OPD ต่ำกว่าร้อยละ 65 2 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล OPD ร้อยละ 65-69 3 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล OPD ร้อยละ 70-74 4 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล OPD ร้อยละ 75-79 5 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล OPD มากกว่าร้อยละ 79	รายงานผลการประเมินคุณภาพข้อมูล	บัญชา พร้อมดิษฐ์ เปรมฤทัย เจริญพงษ์
3.3	**โรงพยาบาลชุมชน <u>(แผนก/งานผู้ป่วยใน)</u> มีคะแนนตามเกณฑ์คุณภาพข้อมูล ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 75** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดประเด็นการตรวจราชการที่มุ่งเน้น "หน่วยบริการมีข้อมูลเวชระเบียน การบันทึกข้อมูล และการวินิจฉัยที่ครบถ้วนถูกต้องไม่น้อยกว่า ร้อยละ 75"* *2.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน โดยนำคะแนนจากการประเมินคุณภาพข้อมูลของทีมประเมินเวชระเบียนทุกอำเภอ (ตามแบบฟอร์ม) มาวิเคราะห์และให้คะแนน (ทีมประเมินลงประเมิน 3 ครั้งจะใช้คะแนนจากการประเมินครั้งสุดท้าย)*	รายงานผลการประเมินคุณภาพข้อมูล	บัญชา พร้อมดิษฐ์ เปรมฤทัย เจริญพงษ์

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล IPD ต่ำกว่าร้อยละ 65 2 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล IPD ร้อยละ 65-69 3 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล IPD ร้อยละ 70-74 4 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล IPD ร้อยละ 75-79 5 คะแนน = มีคะแนนคุณภาพข้อมูล IPD มากกว่าร้อยละ 79		
3.4	**โรงพยาบาลมีความแตกต่างของข้อมูลระหว่าง HDC กับทะเบียนราษฎร์ตามเกณฑ์ที่กำหนด** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สถานการณ์ภาพรวมจังหวัดปี 2559 มีความแตกต่างของข้อมูลอยู่ที่ร้อยละ 13.64* *2.ตัวชี้วัดนี้ มีความสอดคล้องกับนโยบายด้านข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข* *3.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน (วัดผลเดือนสิงหาคม โดยเป็นข้อมูลถึงสิ้นเดือนกรกฎาคม)* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = พบมากกว่าร้อยละ 15 2 คะแนน = พบร้อยละ 13-15 3 คะแนน = พบร้อยละ 10-12 4 คะแนน = พบร้อยละ 7-9 5 คะแนน = พบต่ำกว่าร้อยละ 7	HDC	บัญชา พร้อมดิษฐ์ เสนีย์ พบประเสริฐ
4	**โรงพยาบาลมีผลงาน "นวัตกรรม" อย่างน้อย 1 นวัตกรรม** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ KPI ที่ 95 "ร้อยละหน่วยงานมี Knoeledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ" และตัวชี้วัดจังหวัด "การมีนวัตกรรมและการนำไปใช้ประโยชน์"* *2.การสร้าง "นวัตกรรม" เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานนั้น เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการเรียนรู้ขององค์กรที่ดี* *3.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน* *3.1 เกณฑ์การให้คะแนนได้เรียงลำดับตามกิจกรรม นวัตกรรม ไว้แล้ว* *3.2 นับระยะเวลาการพัฒนา "นวัตกรรม" ตามเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ ต.ค.2559 เป็นต้นไป (ไม่นับรวมก่อนปีงบประมาณ 2560)* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุ/ความต้องการ และเหตุผลของการสร้างนวัตกรรมที่เชื่อมโยงกับการแก้ไข/พัฒนาตามสาเหตุปัญหา/ความต้องการ 2 คะแนน = มีการวิเคราะห์ถึงแนวทาง/แนวคิดทางทฤษฎีในการสร้างนวัตกรรม (ใหม่) หรือที่มาและความเหมาะสมของนวัตกรรม (จากที่อื่น) กับการนำมาใช้ในผู้รับบริการ/หน่วยงาน 3 คะแนน = มีนวัตกรรม อย่างน้อย 1 นวัตกรรม และมีการนำไปใช้จริง 4 คะแนน = มีการประเมินผลนวัตกรรม 5 คะแนน = มีการเผยแพร่ นวัตกรรม ผ่านช่องทางต่างๆ (นำเสนอ เอกสาร Website)	1.จากรายละเอียดในเอกสารตามแบบฟอร์มรายงานที่กำหนด 2.การตรวจสอบในช่องทางต่างๆ (นำเสนอ เอกสาร Website)	บัญชา พร้อมดิษฐ์ สกุณา สินธุประเสริฐ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานพัฒนาบุคลากรและคุณภาพบริการ		
1	**ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่39 2การดูแลแบบประคับประคอง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการประคับประคองอาการมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติขององค์กรนั้นๆเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวนโดยมีผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง(Patient and Family Center)มีจุดเน้นการดูแลด้าน Family Meetingการทำ Advance Care Plan, Symptoms Control และ Psychosocial and Spiritual Support กลุ่มโรคที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (เป็นอย่างน้อย)ได้แก่ 1. โรคมะเร็ง 2. Neurological Disease /Stroke 3. โรคไตในระยะที่ต้องได้รับการบำบัดทดแทนไต (Renal Replacement Therapy) และกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังเริ่มเข้าสู่ภาวะคุกคามต่อชีวิตการรักษาเป็นไปเพื่อประคับประคองและชะลอการเสื่อมของไต 4. Pulmonary and Heart Disease 5. Multiple Trauma Patient 6. Infectious Disease HIV/AIDS 7. Pediatric 8. Aging /Dementia เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = มี Palliative Care Nurse Manager ที่ผ่านการอบรมหลักสูตร Palliative Care อย่างน้อย 1 คน 2 คะแนน =มีระบบการส่งต่อข้อมูล ผู้ป่วยและครอบครัวจากโรงพยาบาลระดับ Aถึงโรงพยาบาลระดับ M2, F 1-3 3 คะแนน = มีแผนงาน/โครงการ หรือ กิจกรรมอย่างเป็นรูปธรรม ที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคอง อย่างน้อย 1 แผนงาน/โครงการหรือ กิจกรรมต่อ 1 โรงพยาบาล 4 คะแนน = มีการสร้างเครือข่าย และแนวทางการ รับ-ส่งต่อฯ เป็นแนวทางใน โรงพยาบาล 5 คะแนน = มีการติดตามผู้ป่วย/ครอบครัวโดยทีมสุขภาพหรือทีมหมอครอบครัว จนถึงวาระสุดท้ายและการจากไป (ผู้ป่วยเสียชีวิต)		**สุวพัชร ฤทธิโสม**
2	**ระดับความสำเร็จของ ER คุณภาพในโรงพยาบาล** คำอธิบายตัวชี้วัด: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่54 2.เน้นใน 3 ส่วน คือ มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึงการประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร เกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้น ในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้ค่าปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล.. เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล แต่ละระดับ พร้อมทั้ง มีผลการดำเนินงาน ในการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน 2 คะแนน = มีการประเมินตนเองของ โรงพยาบาล ตามแนวทางสู่มาตรฐานของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน 3 คะแนน = น่าผลที่ได้จากการประเมิน น่าเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน 4 คะแนน = มีแผนพัฒนาครอบคลุมทั้ง 3มิติ และดำเนินการตามแผนไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 5 คะแนน = ความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่าร้อยละ85 ของผู้ให้บริการมากกว่าร้อยละ 80		**สุวพัชร ฤทธิโสม**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
3	**ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(HA)** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่58 2.สถานพยาบาลที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน HA หมายถึง โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง กระบวนการคุณภาพตามมาตรฐาน HA ขั้น 3 หรือขั้น Advanced HA ที่ยังมีอายุการรับรองในงบประมาณปีนั้นๆ. เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = มีคณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนาคุณภาพสถานบริการ 2 คะแนน = มีแผนงานโครงการเป้าหมายการพัฒนาที่ชัดเจน 3 คะแนน = มีการดำเนินงานตามแผนไม่น้อยกว่าร้อยละ80 หรือขอรับรองมาตรฐานHA 4 คะแนน =ผ่านการรับรองหรือคงสถานะมาตรฐานHAขั้น3 5 คะแนน =ผ่านการรับรองหรือยังคงสถานะRe-accredit		นางสุดแฟ้น ค้าขาย
4	**ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่มีระบบ ECS คุณภาพ** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่53 2ECS (Emergency Care System) คือ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด (prevention), การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre hospital care), ต่อเนื่องถึง การดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER), การดูแล รักษาใน โรงพยาบาล (In hospital care) / การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care), การส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System)รวมถึง การจัดระบบบริบาลกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และ การเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาล (Disaster preparedness& Hospital preparedness for Emergency). **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ขั้นตอน 1จัดตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาลแต่ละระดับ 2 คะแนน = ขั้นตอน 2สำรวจ/ ประเมินความเสี่ยงของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Hazard risk) และ ประเมินผลกระทบต่อประชากร / หน่วยบริการ (Impact survey) ตามคู่มือการประเมินตนเองด้านภัยพิบัติ ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดย กรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพ.ศ. 2559 3 คะแนน = ขั้นตอน 3บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรม ตามหลักสูตร การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภัยพิบัติ (Hospital preparedness for Emergency (HOPE)ของกระทรวงสาธารณสุข 4 คะแนน = ขั้นตอน 4 จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ สำหรับสถานพยาบาล/โรงพยาบาล Disaster managementรวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน 5 คะแนน = ขั้นตอน 5การซ้อมแผนรองรับภัยพิบัติ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป		นางสุวพัชร ฤทธิโสม
5	**ตัวชี้วัด:ระดับความสำเร็จEMS คุณภาพใน รพ.** คำอธิบายตัวชี้วัด: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข ที่55 2EMS คุณภาพ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉินในหลายหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma)เป็นต้น โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับอย่างทั่วถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ		ศศิธร ยนจอหอ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u> 1 คะแนน =คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 2 คะแนน =21-40 3 คะแนน = 41-60 4 คะแนน = 61-80 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับ81 **เกณฑ์การประเมิน** น้ำหนัก 1.ระยะเวลารับแจ้งเหตุถึงที่เกิดเหตุภายใน 10 นาที (25%) ระดับ1 - 19-25 นาที ระดับ2 - 14-20 นาที ระดับ 3 - 11-15 นาที ระดับ 4 - 6-10 นาที ระดับ 5 - น้อยกว่าหรือเท่ากับ5 2.ระยะเวลาปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วย ณ ที่เกิดเหตุภายใน 10 นาที (25%) ระดับ1 - 19-25 นาที ระดับ2 - 14-20 นาที ระดับ 3 - 11-15 นาที ระดับ 4 - 6-10 นาที ระดับ 5 - น้อยกว่าหรือเท่ากับ5 3.ร้อยละของผู้ป่วยฉุกเฉินทั้งหมดที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (25%) ระดับ1 - 2-3% ระดับ2 - 4-5% ระดับ 3 - 6-7% ระดับ 4 -8-9% ระดับ 5 -10%ขึ้นไป 4.ร้อยละขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (25%) ระดับ1 - 55-65% ระดับ2 - 66-75% ระดับ 3 - 76-85% ระดับ 4 -8-9% ระดับ 5 -มากกว่า95%ขึ้นไป		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ		
1	**ตัวชี้วัด: อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.ความสำเร็จการรักษาหมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบทั้งในปอด นอกปอด 2.ผู้ป่วยรายใหม่หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1)ใหม่เสมหะพบเชื้อ 2)ใหม่เสมหะไม่พบเชื้อ 3)ไม่มีผลเสมหะ/ไม่ได้ตรวจ (อาการหนักไม่สามารถ *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข แผนงานที่ 2 การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ โครงการควบคุมโรคติดต่อ* *2.ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท ทั้งผู้ป่วยไทย ไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกสธ.* *3.วิธีการวัดผล A= จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งในปอดนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ โดยมีผลการรักษาหาย+รักษาครบ B= จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ทั้งในปอดนอกปอด ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ อัตราความสำเร็จ = (A/B) X 100* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ≤ ร้อยละ81 2 คะแนน = ร้อยละ 82 3 คะแนน = ร้อยละ 83 4 คะแนน = ร้อยละ 84 5 คะแนน = ≥ ร้อยละ85		พิศสมร การศรีทอง

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ		
1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้		
	คำอธิบายตัวชี้วัด:		
	สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือแผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ	HDC	
	(Service Plan): โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
1.1	**ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40)**		**สุจิตรา กิจจานนท์**
	คำนิยาม		
	ผู้ป่วยที่มีระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า		
	7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์		
	ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค		
	ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 หรือ 3		
	วิธีการคำนวณ		
	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้		
	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ		
	สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100		
	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1 คะแนน = น้อยกว่า ร้อยละ 26		
	2 คะแนน = ร้อยละ 26-30.99		
	3 คะแนน = ร้อยละ 31-35.99 (base line ปี 59 = 35.92)		
	4 คะแนน = ร้อยละ 36-39.99		
	5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40		
1.2	**ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50)**	HDC	**สุจิตรา กิจจานนท์**
	คำนิยาม		
	ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.		
	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง		
	ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 หรือ 3		
	วิธีการคำนวณ		
	A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความ		
	ดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด		
	B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ		
	สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100		
	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1 คะแนน = น้อยกว่า ร้อยละ 21		
	2 คะแนน = ร้อยละ 21-30.99		
	3 คะแนน = ร้อยละ 31-40.00 (base line ปี 59 = 35.00)		
	4 คะแนน = ร้อยละ 41-49.99		
	5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
2	**ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินCVD Risk (มากกว่าหรือเท่ากับ 80%)** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือแผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan): โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **นิยาม** 1.ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า ตามแนวทางของสำนักโรคไม่ติดต่อ(Thai CV Score) 2.จำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type area = 1 หรือ 3 **วิธีการคำนวณ** A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100 **<u>เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด</u>** 1 คะแนน = < ร้อยละ 50 2 คะแนน = ร้อยละ 50-59.99 3 คะแนน = ร้อยละ 60-69.99 4 คะแนน = ร้อยละ 70-79.99 5 คะแนน = ≥ ร้อยละ 80	1.รายงานจากโปรแกรม NCD Chan by Kheaghangmeaw 2.รายงาน HDC	**สุจิตรา กิจจานนท์**
3	**อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไม่เกิน 130 ครั้ง/แสนประชากร** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือแผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan): โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **นิยาม** **อัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง** อัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ต่อประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ(ICD J440, 441) **ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หมายถึง** ผู้ป่วยที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคนี้ โดยให้รหัส ICD-10 J440-J441 เป็นโรคหลัก (PDx) ในเวชระเบียน **<u>3.1.การประเมินผลเชิงปริมาณ</u>** **ข้อมูลอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** **วิธีการคำนวณ** A = จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคหลัก (PDx = J440-J441) B = จำนวนประชากรกลางปี อายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบจากฐานข้อมูลประชากร สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100,000 **เกณฑ์การให้คะแนน (Base Line ปี 59 = 205 ครั้งต่อแสนประชากร)**	รง. 43 แฟ้ม	**สุจิตรา กิจจานนท์**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	1 คะแนน = 250 ครั้ง/แสนประชากร ขึ้นไป 2 คะแนน = 211-250 3 คะแนน = 171-210 4 คะแนน = 130-170 5 คะแนน = น้อยกว่า 130 ครั้ง/แสนประชากร		
	3.2.การประเมินผลเชิงกระบวนการ **ระดับความสำเร็จของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังครบวงจรและได้มาตรฐาน** **คำอธิบาย** ประเมินระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาล **เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด** 1 คะแนน = ยังไม่มีการจัดตั้ง คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 2 คะแนน = มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง แต่ยังไม่ได้มีการจัดบริการตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร 3 คะแนน = มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร 4 คะแนน = มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 5 คะแนน = มีการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตามแนวเวชปฏิบัติอย่างครบวงจร มีการขึ้นทะเบียนผู้ป่วย และดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และมีอัตราการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลง ***คะแนนตัวชี้วัด = คะแนนการประเมินเชิงปริมาณ (ก)+คะแนนการประเมินเชิงกระบวนการ (ข)*** **เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด** 1 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 1-2 คะแนน 2 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 3-4 คะแนน 3 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 5-6 คะแนน 4 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 7-8 คะแนน 5 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 9-10 คะแนน	-เอกสาร/รายงานของหน่วยบริการ	**สุจิตรา กิจจานนท์**
4	**ตัวชี้วัด: ร้อยละโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไปสามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) ในผู้ป่วย STEMI ได้** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือแผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan): โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ **นิยาม** **รพ.ในระดับ F2 หมายถึง** โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 –90 เตียง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2–5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ มีการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพบริการโรคหัวใจ โดยให้สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ มียาใช้ได้ตลอดเวลา และไม่เก็บไว้จนยาหมดอายุ **ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI หมายถึง** กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) **Fibrinolytic drug หมายถึง** ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือด เช่น Streptokinase, Tenecteplaseเป็นต้น	เอกสาร/รายงานหน่วยบริการ	**สุจิตรา กิจจานนท์**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	วิธีการประเมิน โรงพยาบาล มีมาตรการและการดำเนินงานดังต่อไปนี้ 1.มีแนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) แต่ไม่มีระบบให้คำปรึกษา-ส่งต่อ ที่ชัดเจน 2.มี แนวทางในการให้ยาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug) โดยมีระบบส่งต่อ ที่ชัดเจน และมีการจัดระบบให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน 3.มียาละลายลิ่มเลือด (Fibrinolytic drug)และมีระบบการบริหารยาละลาย ลิ่มเลือดโดยต้องมีพร้อมให้ตลอด 24 ชั่วโมงทุกวันและมีระบบหมุนเวียนยาระหว่าง โรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลชุมชน 4. มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดได้จริงและมีข้อมูลร้อยละของการให้ยาในผู้ป่วย STEMI 5.มีความพร้อมของหน่วยงานและทีมงาน มีอุปกรณ์เครื่องช่วยชีวิต มีรถพยาบาลพร้อมส่งในกรณีฉุกเฉินตลอด 24 ชั่วโมงทุกวัน **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ดำเนินการข้อ 1 2 คะแนน = ดำเนินการข้อ 1-2 3 คะแนน = ดำเนินการข้อ 1-3 4 คะแนน = ดำเนินการข้อ 1-4 5 คะแนน = ดำเนินการตามมาตรการครบทั้ง 5 ข้อ		
5	**ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m2/yr (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65)**	รายงาน HDC	**สุจิตรา กิจจานนท์**
	คำอธิบายตัวชี้วัด: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือแผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan): โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต **นิยาม** **eGFR หมายถึง** ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serumcreatinineที่ตรวจโดยวิธี enzymatic method และคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี 60 >eGFR≥15) หรือ ((E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี 60 >eGFR ≥ 15) และมีการตรวจคำนวณ eGFR (LABTEST 15) ≥ 2 ค่า หากมีค่า eGFR 1 ค่าใน 1 ปี จะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้ และ สัญชาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส 099) เท่านั้น **วิธีการคำนวณ** A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR< 4 ml/min/1.73 m2/yr x 100 B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100 **เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด (base line ปี 59 = 61.79)** 1 คะแนน = < ร้อยละ 34 2 คะแนน = ร้อยละ 35-44 3 คะแนน = ร้อยละ 45-54 4 คะแนน = ร้อยละ 55-64 5 คะแนน = ≥ ร้อยละ 65		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
6	**การประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus**		**ฤจิตรา กิจจานนท์**
	คำอธิบาย การประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus หมายถึงการประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic ในโรงพยาบาล โดยมีการประเมิน 2 ส่วน ได้แก่ **ส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus (50 คะแนน)** **ตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่** องค์ประกอบที่ 1 ทิศทาง และนโยบาย องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศ องค์ประกอบที่ 3 การปรับระบบ และกระบวนการบริการ องค์ประกอบที่ 4 มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง องค์ประกอบที่ 5 ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (ในการดูแลป้องกันและจัดการโรค) องค์ประกอบที่ 6 จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน **ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดการบริการ NCD Clinic Plus 15 ตัวชี้วัด (50 คะแนน)** **(รายละเอียดตัวชี้วัด 15 ตัวชี้วัด อยู่ในเอกสารแนบ)** ***เกณฑ์การให้คะแนน (ส่วนที่ 1 + ส่วนที่ 2 คะแนนเต็ม 100 คะแนน)*** 1 คะแนน = คะแนนจากการประเมิน 2 ส่วนรวมกัน น้อยกว่า 60 คะแนน 2 คะแนน = คะแนนจากการประเมิน 2 ส่วนรวมกัน 60-69 คะแนน 3 คะแนน = คะแนนจากการประเมิน 2 ส่วนรวมกัน 70-79 คะแนน 4 คะแนน = คะแนนจากการประเมิน 2 ส่วนรวมกัน 80-84 คะแนน 5 คะแนน = คะแนนจากการประเมิน 2 ส่วนรวมกัน 85-100 คะแนน	1.ประเมินตามเกณฑ์ในแบบประเมินส่วนที่ 1 การประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ NCD Clinic Plus 6 องค์ประกอบ 1.แบบประเมินส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดการบริการ NCD Clinic Plus 2. ข้อมูลตามตัวชี้วัด 15 ตัวชี้วัด ใช้ข้อมูลจาก รง. HDC	

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ ประเด็น: การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ		
1	**ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จการบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาล** **คำอธิบาย :** 1.) สอดคล้องกับตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขตัวชี้วัดที่ 92 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน 2.) ระดับความสำเร็จการบริหารการเงินการคลังระดับโรงพยาบาล หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการบริหารการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินของหน่วยบริการ โดยวัดผลความสำเร็จจากการดำเนินงาน 5 องค์ประกอบ ดังนี้		**นางนภคกร พูลประสาท** นายวิกรม ทางเรือ
	1.มีกลไกคำสั่งคณะทำงานบริหารการเงินการคลังของโรงพยาบาลที่เป็นรูปธรรม	คำสั่งคณะทำงาน	
	2.มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่เป็นระบบ เพื่อการวางแผนการใช้จ่ายงบประมาณที่มีประสิทธิภาพของโรงพยาบาล โดยมีการประชุมอย่างน้อยปี ละ2 ครั้ง	เอกสารรายงาน/การประชุม	
	3. มีระบบข้อมูลการเงินและข้อมูลศักยภาพการให้บริการเพื่อใช้วิเคราะห์ วางแผน ควบคุม กำกับ ติดตามการใช้จ่ายงบประมาณ ได้แก่ข้อมูลงบรายรับรายจ่าย Planfin , สถานะเงินบำรุง , ข้อมูลเฝ้าระวังความเสี่ยงทางการเงิน ข้อมูลศักยภาพการให้บริการได้แก่CMI, Unit cause OPD/IPD ทีถูกต้องทันสถานการณ์	ข้อมูลการเงิน/ข้อมูลศักยภาพ	
	4. มีแนวทาง/มาตรการที่จำเป็นเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินของโรงพยาบาล	แนวทางมาตราการ	
	5. สถานการณ์การเงินของโรงพยาบาล ไม่วิกฤต	สถานการณ์การเงิน	
	วิธีการวัด/เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 2 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 และ ข้อ2 3 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 + ข้อ2 และข้อ3 4 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 + ข้อ2 + ข้อ3 และข้อ4 5 คะแนน = มีการดำเนินการตามข้อ1 + ข้อ2 + ข้อ3 + ข้อ4 และข้อ 5		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม		
1	**ตัวชี้วัด : ระดับความสำเร็จของการพัฒนาโรงพยาบาล ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** **1. ความสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข** คือ เป็นตัวชี้วัดหน่วยงานระดับจังหวัด ของยุทธศาสตร์ ที่ 1 Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นเลิศ) แผนงานที่ 4บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม โครงการบริหารจัดการขยะและสิ่งแวดล้อม **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital หมายถึง โรงพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพช. รพท. และรพ.สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้ **ระดับพื้นฐาน** **ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา** 1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนสื่อสาร ให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วม ของคนในองค์กร **ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN** **G: GARBAGE** 2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูลฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ **R: RESTROOM** 4. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก **E: ENERGY** 5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร **E: ENVIRONMENT** 6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ 7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ **N: NUTRITION** 8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน 9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย 10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน **ระดับดี** 11. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ 12. มีการพัฒนาส้วมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยใน (OPD) **ระดับดีมาก**	โรงพยาบาลบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการดำเนินงานส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	**องอาจ เอี่ยมสำอางค์**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน 14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community **3.วิธีการวัดผล** **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = โรงพยาบาลมีกลไกการขับเคลื่อน และจัดทีมตรวจประเมินโรงพยาบาล GREEN&CLEAN hospital ที่มีความพร้อม 2 คะแนน = มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อนพัฒนาศักยภาพและสร้างกระบวนสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร 3 คะแนน = โรงพยาบาลดำเนินการขับเคลื่อนและประเมินโรงพยาบาล GREEN&CLEAN hospital 4 คะแนน = โรงพยาบาลพัฒนาได้ตามเกณฑ์ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนาและขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรมGREEN อย่างน้อย 5 ข้อ 5 คะแนน = โรงพยาบาลพัฒนาได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital ระดับพื้นฐาน		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานเภสัชสาธารณสุข		
1	**ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล** **(Service Plan สาขาที่ 15 : RDU)** **คำอธิบาย** : **1.1 การประเมินกระบวนการ (Process)** มีการดำเนินงานดังนี้ 1. มีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดในการกำหนดผู้รับผิดชอบ กำหนดนโยบาย มาตรการ และกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พร้อม จัดทำรายงานการประชุมเป็นลายลักษณ์อักษร 2. มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด และ มีข้อมูลพื้นฐานของปีงบประมาณ 2559 เป็น Baseline data 3. มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 1 ของปีงบประมาณ 2560 และ มีการรายงานผลการดำเนินงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 4. มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 2 ของปีงบประมาณ 2560 และ มีการรายงานผลการดำเนินงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 5. มีผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดของไตรมาส 3 ของปีงบประมาณ 2560 และ มีการรายงานผลการดำเนินงานให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด **เกณฑ์คะแนน** 1 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 1 ข้อ 2 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 2 ข้อ 3 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 3 ข้อ 4 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 4 ข้อ 5 คะแนน = มีการดำเนินงานครบทั้ง 5 ข้อ **1.2 การประเมินผลดำเนินงาน (Output)** มีการดำเนินงานดังนี้ 1. อัตรการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 (รพช.) , ร้อยละ 75 (รพศ) 2. การพัฒนาศักยภาพการดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยา ของโรงพยาบาลไม่เกินไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน 13 กลุ่มยา 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและการส่งเสริมการขายยาผ่านระดับ 3 **เกณฑ์คะแนน** 1 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 1 ข้อ 2 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 2 ข้อ 3 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 3 ข้อ 4 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 4 ข้อ 5 คะแนน = มีการดำเนินงานครบทั้ง 5 ข้อ	สำรวจ/รายงาน	พิทยาทร ชวาลิต

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
2	**การบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาของโรงพยาบาล** **คำอธิบาย** มีการดำเนินงานดังนี้ 1. มีการประชุมคณะกรรมการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาไม่น้อยกว่า 3 ครั้ง และจัดทำรายงานการประชุมเป็นลายลักษณ์อักษร 2. มีแผนการจัดซื้อยาร่วมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของแผนจัดซื้อยาประจำปีงบประมาณ 2560 3. มีแผนการจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาร่วมไม่น้อยกว่า ร้อยละ 20 ของแผนจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทุกประเภทประจำปีงบประมาณ 2560 4. มีผลการจัดซื้อยาร่วมไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าจัดซื้อยาทั้งหมด 5. มีผลการจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาร่วมไม่น้อยกว่าร้อยละ 20 ของมูลค่าจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาทั้งหมด **หมายเหตุ** ข้อ 1 ต้องมีการประชุมเกี่ยวกับการบริหารจัดการด้านเวชภัณฑ์ที่มิใช่ยาให้ครอบคลุมทุกประเภท (วัสดุการแพทย์ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ , วัสดุเอกซเรย์ , และวัสดุทันตกรรม) **เกณฑ์คะแนน** 1 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 1 ข้อ 2 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 2 ข้อ 3 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 3 ข้อ 4 คะแนน = มีการดำเนินงานอย่างน้อย 4 ข้อ 5 คะแนน = มีการดำเนินงานครบทั้ง 5 ข้อ	**รายงาน/ ประเมิน**	**ปรียาภรณ์** พิทักษ์เสมากุล

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงาน นิติการ		
1	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**		นางสุภาวดี อ่องโอภาส
	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA		039-311166 ต่อ 313
	คำอธิบายตัวชี้วัด:		081-9837746
	1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ. ข้อ 79		
	2.ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ของ ศปท.กระทรวงสาธารณสุข		
	3.วิธีการวัดผล ใช้แบบประเมิน EBIT	ประเมินทุก 3 เดือน	
	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1 คะแนน = มีคำสั่งแต่งตั้ง/คำสั่งมอบหมายการดำเนินงาน ITA ของหน่วย	คำสั่ง/	
	งาน และมีการประชุม จัดวางแนวทางและมอบหมายผู้จัดทำ	รายงานการประชุม/	
	หลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ประกอบแต่ละข้อคำถาม	ชื่อผู้รับผิดชอบ	
	2 คะแนน = มีการจัดส่งคะแนนการประเมินตนเอง (EBIT) ข้อ EB4 - EB6	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	ภายในวันที่ 5 มกราคม 2560 (รอบ 3 เดือน)		
	3 คะแนน = มีการจัดส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ข้อ EB4 - EB6	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	ภายในวันที่ 20 มกราคม 2560 (รอบ 3 เดือน)		
	4 คะแนน = มีการจัดส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ข้อ EB1 - EB11	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2560 (รอบ 6 เดือน)		
	5 คะแนน = มีการจัดส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ข้อ EB1 - EB11	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	ที่ปรับปรุงแล้ว ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2560 (รอบ 9 เดือน)		
2	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์**		จารุวรรณ ทองสีมัน
	การประเมินระบบการควบคุมภายใน		039-311166 ต่อ 313
	คำอธิบายตัวชี้วัด:		084-7170361
	1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ ข้อ 81		
	2. เพื่อให้ระบบการควบคุมภายใน มีการจัดวางระบบที่ถูกต้อง เกิดประโยชน์ และได้มาตรฐาน ตามที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินกำหนด		
	3.วิธีการวัดผล รายงานควบคุมภายใน		
	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1 คะแนน = มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน	คำสั่ง หรือ	
	และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน	รายงานการประชุม	
	โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน		
	2 คะแนน = ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจ	กระบวนการ	
	และทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง	จัดการความเสี่ยง	
1	: การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล	หรือ flow chart	
	การควบคุมภายใน ของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน		
	3 คะแนน = การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร)	แบบ ปอ.1 ปอ.2 ปอ.3	
	และหน่วยงานย่อย และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบ	และปย.1 ปย.2	
	กำหนดได้ครบถ้วน และถูกต้อง ตามแนวทาง		
	: การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผล		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	การควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน		
	4 คะแนน = มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนงาน		
	5 คะแนน = มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในปีละ 2 ครั้ง (รอบ 6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	แบบติดตาม ปย.2 แบบติดตาม ปอ.3	
3	**ตัวชี้วัด: การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน ตามเกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ปี 2560** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: *1.สอดคล้องกับการพัฒนาระบบการควบคุมภายใน ของการประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง FAI ปี 2560* *2. เพื่อช่วยสนับสนุนให้เกิดการสร้างประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง* *3.วิธีการวัดผล การประเมินผลระบบควบคุมภายใน 5 มิติ* 1 คะแนน = มีการแต่งตั้งคณะทำงาน/ผู้รับผิดชอบขององค์กรเสนอหัวหน้าหน่วยงาน	คำสั่ง หรือ บันทึกข้อความ	จารุวรรณ ทองสีมัน 039-311166 ต่อ 313 084-7170361
	2 คะแนน = หน่วยบริการประเมินตนเองตามคู่มือการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ	แบบประเมิน	
	3 คะแนน = วิเคราะห์ผลการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ และ จัดทำแผนพัฒนาองค์กรจากผลการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ (กรณีพบจุดอ่อน)	ผลการวิเคราะห์ และ แผนพัฒนา	
	4 คะแนน = จัดส่งผลให้กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2560 ดังนี้ 4.1 ผลการประเมินระบบควบคุมภายใน 5 มิติ 4.2 แผนพัฒนาองค์กรที่สอดคล้องกับผลการประเมิน	หนังสือนำส่ง	
	5 คะแนน = รายงานเปรียบเทียบแผน - ผลการพัฒนาองค์กร 5 มิติ จัดส่งให้กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในวันที่ 30 มิถุนายน 2560	รายงาน และ หนังสือนำส่ง	

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานบริหารทั่วไป		
1	**หน่วยบริการไม่มีปัญหาการเงินระดับ 7** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน* *2.วัดระดับวิกฤติการเงิน 7 ระดับตามเกณฑ์กระทรวง* *3.วิธีการวัดผล ระดับวิกฤติทางการเงิน* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีปัญหาการเงินระดับ 4-7 2 คะแนน = มีปัญหาการเงินระดับ 3 3 คะแนน = มีปัญหาการเงินระดับ 2 4 คะแนน = มีปัญหาการเงินระดับ 1 5 คะแนน = มีปัญหาการเงินระดับ 0	รายงานความเสี่ยงทางการเงิน	นางโสภา ตรีนันทวัน
2	**การพัฒนาคุณภาพบัญชี** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน* *2.หน่วยบริการมีการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพบัญชีตามเกณฑ์ประเมิน FAI* *3.วิธีการวัดผลประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คะแนนFAI* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีคณะทำงานพัฒนาระบบบัญชีในหน่วยบริการและมีการประชุมอย่างน้อยทุกไตรมาส เพื่อ กำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพบัญชี 1 คะแนน = คณะทำงาน มีการรายงานถึงความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาเสนอต่อผู้บริหาร (ทุกไตรมาส) 1 คะแนน = มีการเสนอรายงานการเงิน การวิเคราะห์สถานะการเงินของ รพ.เสนอต่อผู้บริหาร (ผอ.รพ.) ทุกไตรมาส 1 คะแนน = มีรายงานการเงิน ของลูกข่าย (รพ.สต.) ส่งส่วนกลางได้ครบทุกแห่ง 1 คะแนน = ผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จเป็นที่ยอมรับ (คุณภาพบัญชีทางอิเล็คทรอนิกส์ หน่วยบริการแม่ข่าย ผ่านเกณฑ์100 %)	แบบประเมินผล FAI	นางโสภา ตรีนันทวัน
3	**การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน* *2.หน่วยบริการมีดำเนินงานการเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังตามเกณฑ์ประเมิน FAI* *3.วิธีการวัดผลประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คะแนนFAI* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มี คกก. บริหารการเงินการคลังของหน่วยบริการและ มีการประชุมเพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลัง 1 คะแนน = มี คกก. จัดทำแผนทางการเงิน (PLANFIN) ของหน่วยบริการที่มีส่วนร่วม จากทุกฝ่าย / กลุ่มงาน 1 คะแนน = มีการติดตามการบริหารแผนทางการเงิน (PLANFIN) ทุกไตรมาส 1 คะแนน = ใช้เครื่องมือทางการเงิน เพื่อเฝ้าระวังและเพิ่มประสิทธิภาพการบริหาร (ดัชนี 7 ระดับ , ค่ากลางกลุ่มระดับ รพ. , Lol ฯลฯ) 1 คะแนน = มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จ -ไม่มีความเสี่ยงทางการเงินระดับ 7ตามเกณฑ์การประเมินวิกฤติของกระทรวง	แบบประเมินผล FAI	นางโสภา ตรีนันทวัน

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
4	**การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน* *2.หน่วยบริการมีดำเนินงานการบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ประเมิน FAI* *3.วิธีการวัดผลประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คะแนนFAI* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีแผนการพัฒนาการจัดทำต้นทุน Unit Cost ไว้ในแผนการดำเนินงานประจำปีของหน่วยบริการ 1 คะแนน = มีคณะทำงานพัฒนาต้นทุนประจำหน่วยบริการ (จากแผนกหรือฝ่ายที่เกี่ยวข้อง) 1 คะแนน = มีการตรวจสอบคุณภาพความครบถ้วนของข้อมูลบริการทั้ง OP/IPประจำเดือน 1 คะแนน = มีการนำเสนอต้นทุนบริการ OP/IPต่อผู้บริหาร(ผอ.รพ.)ประจำทุกไตรมาส 1 คะแนน = มีต้นทุนบริการ OP/IP อยู่ในเกณฑ์เดียวกับกลุ่มระดับบริการด้วยวิธีการ Quick Method (ค่า Mean+1SD)	แบบประเมินผล FAI	นางโสภา ตรีนันทวัน
5	**1. ชื่อตัวชี้วัด ระดับความสำเร็จหน่วยบริการผ่านมาตราฐาน 2P Safety (Patient and Personal Safety)** 2. เกณฑ์ชี้วัด หน่วยบริการผ่านมาตราฐาน 2P Safety (Patient and Personal Safety) 3. ผลงาน 3.1 รายการข้อมูล 3.2 นิยามข้อมูล 2P safety หมายถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคคลากรทางการแพทย์ (Patient and Personal Safety) มาตรฐาน 2P safety ของสถานพยาบาล หมายถึงการดำเนินงานตามแนวทางในการบริหารจัดการและการดำเนินงานในเรื่องความปลอดภัยและการบริหารความเสี่ยงในสถานพยาบาล ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนตามหนังสือกระทรวงสารณสุข ที่ สธ 0228.05/2690 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2559 และที่ สธ 0218/3636 ลงวันที่ 24 สิงหาคม 2559 ดังนี้ 1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยรและการเจรจาไกล่เกลี่ย ของหน่วยบริการ 2 มีการจัดทำบัญชีความเสี่ยง (Risk Profile) 3 มีการวิเคราะห์หารากสาเหตุ (Root Cause Analysis) 4 มีมาตราการตรวจจับอุบัติการรุนแรงและอันตรายตั้งแต่ในระยะแรก (Early Detection of Sentinel and Harmful Event) 5 มีการจัดตั้งทีมเจรจาไกล่เกลี่ย 3.3 วิธีรายงาน แบบสำรวจการดำเนินงานตามแนวทาง 2P safety 3.4 แหล่งข้อมูลโรงพยาบาลชุมชน 4. การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ) 5. เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = มีการดำเนินงานตามข้อ 1 2 คะแนน = มีการดำเนินงานข้อ 1,2 3 คะแนน = มีการดำเนินงานข้อ 1,2,3 4 คะแนน = มีการดำเนินงานข้อ 1,2,3,4 5 คะแนน = มีการดำเนินงานครบ 5 ข้อ 6. ผู้รับผิดชอบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน		
1	**ตัวชี้วัด : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข** คือ ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(4) บำรุงรักษาจิตใจ อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้ **3. วิธีการวัดผล** A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย ได้แก่ 1) 100 % ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 4 และ 20 % ของ CKD ระยะ 3 2) 50 % ของครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากผลการประเมิน ADL ปี 2559 3) 20 % ของครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่คุมเบาหวานไม่ได้ โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มเป้าหมาย 1) และ 2) **สูตรการคำนวน** - ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด = (A/B) x **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ต่ำกว่าร้อยละ 35 2 คะแนน = ร้อยละ 35 - 39 3 คะแนน = ร้อยละ 40 - 44 4 คะแนน = ร้อยละ 45 - 49 5 คะแนน = ร้อยละ 50 ขึ้นไป	1. ทะเบียน อสค. 2. แบบประเมินผลศักยภาพครอบครัว 3. เวปไซด์ www.thaiphc.net	อารยา สุทธิธรรม

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
1	**การใช้ยาสมุนไพรและเผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรไทย** **คำอธิบาย** เผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรไทย หมายถึง มีการเผยแพร่ความรู้การใช้สมุนไพรไทย/ ส่งเสริมการปลูกในชุมชน และมีสวนสมุนไพรสาธิตในสถานบริการ **เกณฑ์คะแนน** 1 คะแนน = มีการใช้ยาสมุนไพรบริการผู้ป่วยน้อยกว่า 20 รายการและมีการเผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรไทย 2 คะแนน = มีการใช้ยาสมุนไพรบริการผู้ป่วยระหว่าง 20-24 รายการและมีการเผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรไทย 3 คะแนน = มีการใช้ยาสมุนไพรบริการผู้ป่วยระหว่าง 25-29 รายการและมีการเผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรไทย 4 คะแนน = มีการใช้ยาสมุนไพรบริการผู้ป่วยระหว่าง30-39 รายการและมีการเผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรไทย 5 คะแนน = มีการใช้ยาสมุนไพรบริการผู้ป่วย 40 รายการขึ้นไปและมีการเผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรไทย	TTM สำรวจ	ภาณุ ศรีวรรัตน์ สุขสบาย ฉอ้อนตะคุ
2	**การจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก** **เกณฑ์คะแนน** 1.มีคลินิกการแพทย์แผนไทยในแผนกผู้ป่วยนอก 2.มีผลงานวิจัย(จากขบวนการ R2R หรือวิจัยทั่วไป อย่างน้อย 1 เรื่อง 3.มีการใช้ขมิ้นชัน และฟ้าทะลายโจรเป็น First line Drug และมีการใช้ ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 5 รายการ 4.มีแพทย์แผนไทยใน FAMILY CARE TEAM ระดับอำเภอ,ตำบล และเครือข่าย แพทย์แผนไทยใน FAMILY CARE TEAM ระดับชุมชน ทุกชุด 5.มีผลงานบริการมากกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัด ข้อละ 1 คะแนน	TTM งานวิจัย TTM รายงานประชุม PCT ทำเนียบเครือข่าย แพทย์แผนไทย TTM	ภาณุ ศรีวรรัตน์ สุขสบาย ฉอ้อมตะคุ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข		
1	**ตัวชี้วัด : เด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)ไม่น้อยกว่าร้อยละ 52** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **1.**กลุ่มอายุ 0-12 ปีหมายถึงกลุ่มเด็กเล็กปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ **2.**ฟันดีไม่มีผุหมายถึงผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติหรือผุคลองรากฟันหรือบูรณะอื่นใดอีก และได้รับการรักษาแล้วโดยไม่มีความจำเป็นต้องอุดถอนรักษา **เกณฑ์การให้คะแนน** : คะแนนร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 52) 1 คะแนน = ร้อยละ 32 - 36 2 คะแนน = ร้อยละ 37 - 41 3 คะแนน = ร้อยละ 42 - 46 4 คะแนน = ร้อยละ 47 - 51 5 คะแนน = ร้อยละ 52 ขึ้นไป	สำรวจในเว็บyimsและ 43แฟ้ม HDC	นายจิราพัชร์ กฤษดำ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		
1	ตัวชี้วัด: อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 10 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน คำอธิบายตัวชี้วัด: การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน *3.วิธีการวัดผล วัดจากกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์* *4.วิธีการประเมินผล* *โรงพยาบาลผ่านการประเมินมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กและมารดามาฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์* คำนิยาม จำนวนหญิงตั้งครรภ์ในเขตรับผิดชอบที่มาฝากครรภ์ในหน่วยบริการนั้นๆ ต้องได้รับการตรวจตามแนวทางการฝากครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์คุณภาพ โดยแต่ละช่วงอายุครรภ์ต้องได้รับการฝากครรภ์ตามแนวทางการฝากครรภ์แนวใหม่WHO ในช่วงอายุครรภ์ดังนี้ ครั้งที่ 1 ก่อนอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 ± 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 ± 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 ± 2 สัปดาห์ ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 36 ± 2 สัปดาห์ 1 คะแนน = รพ.ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก+ANC ครบ 5 ครั้ง ≤ร้อยละ 44 2 คะแนน = รพ.ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก+ANC ครบ 5 ครั้งร้อยละ 45-49 3 คะแนน = รพ.ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก+ANC ครบ 5 ครั้งร้อยละ 50-54 4 คะแนน = รพ.ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก+ANC ครบ 5 ครั้งร้อยละ 55-59 5 คะแนน = รพ.ผ่านมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก+ANC ครบ 5 ครั้ง≥ร้อยละ 60	จากรายงานก.2 กลุ่มงานส่งเสริมผลการประเมินตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก	นางสมจิต ยาใจ
2	**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** - เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังแล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกรวมกับ - เด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน - เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง เด็กอายุ 9 ,18,30,42 เดือนที่ได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM) ตามเกณฑ์ ครบ 5 ด้าน - เด็กอายุ 0-5 ปีสงสัยพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็ก 4 ช่วงวัย ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการพบพัฒนาการไม่ผ่านทักษะด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม - เด็กอายุ 0-5 ปีสงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือนหลังจากพบสงสัยพัฒนาการ	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	นางสมจิต ยาใจ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	-คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM) หมายถึง แบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี เป็นการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรมพัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม *3.วิธีการจัดเก็บข้อมูล* *มีการนำข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการเด็กบันทึกใน Special PP และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม* เกณฑ์การให้คะแนนคัดกรองพัฒนาการเด็ก 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 79 2 คะแนน = ร้อยละ 84-80 3 คะแนน = ร้อยละ 89-85 4 คะแนน = ร้อยละ 94-90 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป เกณฑ์การให้คะแนนเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 4 2 คะแนน = ร้อยละ 5-9 3 คะแนน = ร้อยละ 10-14 4 คะแนน = ร้อยละ 15-19 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ขึ้นไป เกณฑ์การให้คะแนนการติดตามพัฒนาการเด็ก 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 79 2 คะแนน = ร้อยละ 84-80 3 คะแนน = ร้อยละ 89-85 4 คะแนน = ร้อยละ 94-90 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป *4.วิธีการประเมินผล* คะแนนที่ได้ = <u>คะแนนคัดกรอง+คะแนนสงสัยพัฒนาการล่าช้า+คะแนนติดตามพัฒนาการ</u> 3		
3	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 51** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** - เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของWHO ชุดใหม่ ปี พ.ศ.2558 โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ -สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง ของWHO ปี พ.ศ.2558 โดยมีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง -สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	นางสมจิต ยาใจ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน *3.วิธีการวัดผลและการจัดเก็บข้อมูล รพช./รพ.สต.ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกคน เป็นรายไตรมาสและบันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลัก เช่น HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม* เกณฑ์การให้คะแนน ดูจากร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน 1 คะแนน = น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 48 2 คะแนน = ร้อยละ 45-49 3 คะแนน = ร้อยละ 46-50 4 คะแนน = ร้อยละ 51-54 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55 ขึ้นไป		
4	**ตัวชี้วัด: ร้อยละสถานบริการสุขภาพที่มีการคลอดมาตรฐาน** คำอธิบายตัวชี้วัด: คำนิยาม การคลอดมาตรฐาน หมายถึง 1.มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้มาตรฐาน 2.มีบุคลากรที่สามารถให้การดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงต่ำ/ความเสี่ยงสูง 3.มีระบบการให้บริการตามเกณฑ์ ประกอบด้วย 3.1การค้นหากลุ่มเสี่ยงด้วย admission record ที่มีการบูรณาการส่วนที่เป็นข้อมูลพื้นฐาน การจำแนกความเสี่ยง แนวทางการดูแลรักษา และเกณฑ์การส่งต่อ เมื่อพบความเสี่ยงต่างๆเข้าด้วยกัน ดังตัวอย่าง admission record ของกรมการแพทย์ 3.2ระบบการดูแลผู้คลอดในระยะคลอด-หลังคลอด ด้วยกราฟดูแลการคลอด/แบบประเมิน EFM และตามคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน ซึ่งรวมถึงมีแนวทางในการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังตัวอย่าง PPH checklist gudelines หรือ PPH order set ของกรมการแพทย์ 3.3ระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยง หรือเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ด้วยเกณฑ์การส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร (จากโรงพยาบาลแม่ข่าย) มีการบรรจุเกณฑ์การส่งต่อดังกล่าวไว้ใน admission record และกราฟดูแลการคลอด เป็นต้น 4.มีการติดตามและประเมินผลการคลอดมาตรฐานตามเกณฑ์ 5.มีการทบทวน การดูแลรักษามารดาที่เสียมารดาที่เสียชีวิตจากการคลอด ตามเกณฑ์ (รายละเอียดในคู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน กรมการแพทย์) *3.วิธีการวัดผล* *มีการประเมินมาตรฐานห้องคลอดโดยคณะกรรมการMCHระดับจังหวัดตามเกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก* เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 79 2 คะแนน = ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 80-84 3 คะแนน = ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 85-89 4 คะแนน = ผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 90-94 5 คะแนน = ผ่านเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป	ผลการประเมินตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก	นางสมจิต ยาใจ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
5	**ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 66)** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** -เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีจนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) - โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3) - ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากมีการขาดอาหารเรื้อรังหรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ -ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนหมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง >+2S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัยปี 2542 - ภาวะผอมหมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน -สูงดีหมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตกรมอนามัยปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5S.D. ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ -สมส่วนหมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตกรมอนามัยปี 2542มีค่าระหว่าง +1.5S.D. ถึง -1.5S.D. ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง -เด็กสูงดีสมส่วนหมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) -ส่วนสูงเฉลี่ยหมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 14 ปี(เด็กอายุ 14 ปีเต็มถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** ทุกโรงเรียน ส่งรายงาน/ข้อมูลให้รพ.สต./รพ. ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้ (กรกฎาคมและธันวาคม) วิเคราะห์และสรุปผล โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ ภาคเรียนที่ 1 ระยะเวลาของการนำเข้าข้อมูล 3 เดือน (พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค.) ภาคเรียนที่ 2 ระยะเวลาของการนำเข้าข้อมูล 3 เดือน (ต.ค.,พ.ย.,ธ.ค.) **วิธีการประเมินผล** 1. คัดกรองภาวะโภชนาการนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ และเสี่ยง โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เด็กนักเรียนทุกคน ลงบันทึกและรายงานผลตามแบบรายงานโภชนาการนักเรียนตามปกติ 2 ครั้ง/ปี(มิย. และ พย.) 2. ประเมิน และจัดกลุ่มในการดูแลนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ และเสี่ยงเพื่อการดูแลช่วยเหลือที่ถูกต้องตรงกับภาวะโภชนาการของแต่ละกลุ่ม โดยมีการดำเนินการ ดังนี้ 2.1 การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย) 2.2 การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน 2.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ Obesity sign 1) รอบคอดำ 2) นั่งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วย ครอบครัว จากสถานศึกษาสถานบริการสาธารณสุข คลินิก DPAC พร้อมการติดตาม และรายงานผลตามระบบ 3. มีระบบการรายงานผลการคัดกรอง และเฝ้าระวังภาวะโภชนาการนักเรียน และพัฒนาให้มีคุณภาพ จากระดับตำบล และอำเภอ เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 49 2 คะแนน = ร้อยละ 50 - 55 3 คะแนน = ร้อยละ 56 - 59 4 คะแนน = ร้อยละ 60 - 65 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66	- ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม/ Health Data Center - สรุปผลการคัดกรอง ประเมินผลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนรายชั้น รายโรงเรียน และวิเคราะห์จำแนกภาวะโภชนาการเพื่อวางแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไข - ทะเบียนคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง และการติดตามรายงานผล **คำนวณตัวชี้วัด** เด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน A = จำนวนเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน B = จำนวนเด็กอายุ 6 - 14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (A/B) × 100	น.ส.สุวารี หลิมเจริญ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
6	**ตัวชี้วัด: อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี** คำอธิบายตัวชี้วัด: *สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence* **คำนิยาม** จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน **ตัวชี้วัดนี้ ระดับ รพ.วัดการขับเคลื่อนYFHS อย่างต่อเนื่อง** **และอัตราการได้รับบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่น** **วิธีการวัดผล** 1.มีการดำเนินงานYFHS และมีการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์อย่างต่อเนื่องทุก3ปี *2.เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ น้อยกว่า 20 ปี ที่มีการคลอดและได้รับบริการคุมกำเนิด* *ชนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นก่อนออกจากรพ.* *(A/B) X 100* *A = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี คลอดในโรงพยาบาล* *B = จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ได้รับบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นก่อนออกจากรพ.* เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน =ผ่านเกณฑ์ประเมินYFHS 2 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ประเมินYFHS และอัตราการได้รับบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ50 3 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ประเมินYFHS และอัตราการได้รับบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ60 4 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ประเมินYFHS และอัตราการได้รับบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ70 5 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ประเมินYFHS และอัตราการได้รับบริการคุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวรของวัยรุ่นมากกว่าร้อยละ80	ข้อมูลการประเมินYFHS - รายงานการ คุมกำเนิดกึ่งถาวรในวัยรุ่น	นางสมจิต ยาใจ
7	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **คำนิยาม ประชาชนวัยทำงาน** หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี- 59 ปี 11 เดือน 29 วัน **ดัชนีมวลกาย** หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 กก./ตรม. **วิธีการวัดผล (A/B) x 100** A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** รพ.สต. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงประชาชนวัยทำงาน และบันทึกในโปรแกรมหลักของสถาน บริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 40 2 คะแนน = ร้อยละ 40-44 3 คะแนน = ร้อยละ 45-49 4 คะแนน = ร้อยละ 50-54 5 คะแนน = ร้อยละ 55 ขึ้นไป	43 แฟ้ม	นางสุภาพ ขวัญพูล

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
8	ตัวชี้วัด: ร้อยละของ Healthy Ageing **คำอธิบายตัวชี้วัด:** สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **คำนิยาม** ผู้สูงอายุ หมายความตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป -Healthy Ageing หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลงานการคัดกรองสมรรถเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน -การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึง การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน เป็นไปตามแนวทาง "คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ" กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็น 1)คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 2)คัดกรองกลุ่ม Geritric Syndromes) 3)ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล วิธีการวัดผล วัดจากร้อยละของการคัดกรอง(A/B) x 100 รอบ 9 เดือน A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) B = ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแลวิธีการจัดเก็บข้อมูล รพศ./รพช.คัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และบันทึกข้อมูล ... 1.ฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จากโปรแกรม Hos_xp/(โปรแกรม AGE APP) พัฒนาโดยกรมการแพทย์ 2.สรุปผลการประเมิน ADL ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ ตำบล หมู่บ้านฯ เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 75 2 คะแนน = ร้อยละ 75-79 3 คะแนน = ร้อยละ 80-84 4 คะแนน = ร้อยละ 85-89 5 คะแนน = ร้อยละ 90 ขึ้นไป	43 แฟ้ม คัดกรองดังนี้ 1.รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50 2.รอบ 9 เดือน ครบถ้วน	นางจันจิรา ใจดี
9	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด(Dependence) ยาเสพติด **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข วิธีการวัดผล (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา	บสต.	นางสมจิต ยาใจ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด วิธีการจัดเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 84 2 คะแนน = ร้อยละ84-86 3 คะแนน = ร้อยละ 87-89 4 คะแนน = ร้อยละ 90-92 5 คะแนน = ร้อยละ 92 ขึ้นไป		
10	**ตัวชี้วัด: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ** **คำนิยาม** การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีพตนเองโดยสมัครใจ และเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้นหรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆจนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ **เป้าหมาย** ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 10 จากปี 2559 (เกณฑ์เป้าหมายประเทศ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน) **วิธีการดำเนินงาน** 1.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของหน่วยงาน 2.มีการปฏิบัติงานตามแผนฯ 3.มีการบันทึกรายงานผู้ฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตาย ในโปรแกรมเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเอง และรง506 เอส กรมสุขภาพจิต 4.มีคลินิกบริการสุขภาพจิตและจิตเวชและติดตามเยี่ยมบ้าน 5.มีทะเบียนผู้ฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตาย **วิธีการประเมินผล มีองค์ประกอบดังนี้** 1. มีแผนปฏิบัตการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายและมีการปฏิบัติงานตามแผนฯ(1 คะแนน) 2.มีทะเบียนผู้ฆ่าตัวตายและทะเบียนผู้พยายามฆ่าตัวตาย(1 คะแนน) 3.มีติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายทุกราย (1 คะแนน) 4.มีติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกราย (1 คะแนน) 5.อัตราการฆ่าตัวตายลดลง จากปี 2559 ร้อยละ 10 (1 คะแนน) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีองค์ประกอบ 1 ข้อ 2 คะแนน = มีองค์ประกอบ 2 ข้อ 3 คะแนน = มีองค์ประกอบ 3 ข้อ 4 คะแนน = มีองค์ประกอบ 4 ข้อ 5 คะแนน = มีองค์ประกอบ 5 ข้อ	รายงานจาก รง.506 เอส กลุ่มงานส่งเสริม	นายวัชระ ประคองศรี
11	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **คำนิยาม การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้าฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางอย่าง	43 แฟ้ม	นายวัชระ ประคองศรี

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ โรงพยาบาลชุมชน)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	เหมาะสมจากหน่วยบริการสาธารณสุข **ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ICD 10 หมวด F32, F33,F34.1,F38และF39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณท 2560 ทั้งรายใหม่และรายเก่า **เป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ ร้อยละ 50 **วิธีการดำเนินงาน** 1.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า 2.มีการปฏิบัติงานตามแผนฯ 3.มีการบันทึกรายงานการคัดกรอง/ประเมินภาวะโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในโปรแกรม HosXP 4.มีทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า **วิธีการประเมินผล มีองค์ประกอบดังนี้** 1.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้าและมีการปฏิบัติตามแผนฯ (1คะแนน) 2.มีการบันทึกรายงานการคัดกรอง/ประเมินภาวะโรคซึมเศร้าในโปรแกรม HosXP(1 คะแนน) 3.มีการบันทึกรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในโปรแกรม HosXP(1 คะแนน) 4.มีทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสม(1 คะแนน) 5.อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50(1 คะแนน) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีองค์ประกอบ 1 ข้อ 2 คะแนน = มีองค์ประกอบ 2 ข้อ 3 คะแนน = มีองค์ประกอบ 3 ข้อ 4 คะแนน = มีองค์ประกอบ 4 ข้อ 5 คะแนน = มีองค์ประกอบ 5 ข้อ		

สรุปจำนวนตัวชี้วัดในระดับ สสอ. ปี 2560

ลำดับ	งาน/กลุ่มงาน/ฝ่าย	รวมตัวชี้วัด
1	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	2
2	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพบริการ	1
3	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	1
4	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	2
5	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	1
6	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	1
7	กลุ่มงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	3
8	งานนิติการ	2
9	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	11
	รวมตัวชี้วัด	24

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		
1	**หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพของข้อมูล** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ KPI ที่ 83 ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล*		**บัญชา พร้อมดิษฐ์** **เสนีย์ พบประเสริฐ**
1.1	ภาพรวมของทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอ มีความแตกต่างของข้อมูลระหว่าง HDC กับทะเบียนราษฎร์ตามเกณฑ์ที่กำหนด **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สถานการณ์ภาพรวมจังหวัดปี 2559 มีความแตกต่างของข้อมูลอยู่ที่ร้อยละ 13.64* *2.ตัวชี้วัดนี้ มีความสอดคล้องกับนโยบายด้านข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข* *3.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน (วัดผลเดือนสิงหาคม โดยเป็นข้อมูลถึงสิ้นเดือนกรกฎาคม)* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = พบมากกว่าร้อยละ 15 2 คะแนน = พบร้อยละ 13-15 3 คะแนน = พบร้อยละ 10-12 4 คะแนน = พบร้อยละ 7-9 5 คะแนน = พบต่ำกว่าร้อยละ 7	HDC	
2	**ผลรวมคะแนนเฉลี่ยของ รพ.สต.ที่มีผลงาน "นวัตกรรม" อย่างน้อย 1 นวัตกรรม** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุข คือ KPI ที่ 95 "ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knoeledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ" และตัวชี้วัดจังหวัด "การมีนวัตกรรมและการนำไปใช้ประโยชน์"* *2.วิธีการวัดผล วัดผลภาพรวมอำเภอ จากคะแนนรวมเฉลี่ยของ ตัวชี้วัด "รพ.สต.มีผลงาน "นวัตกรรม" อย่างน้อย 1 นวัตกรรม"* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = 0-1.00 2 คะแนน = 1.01-2.00 3 คะแนน = 2.01-3.00 4 คะแนน = 3.01-4.00 5 คะแนน = 4.01-5.00	จากคะแนนในตัวชี้วัดระดับ รพ.สต. คือ "รพ.สต.มีผลงาน "นวัตกรรม" อย่างน้อย 1 นวัตกรรม"	**บัญชา พร้อมดิษฐ์** **สกุณา สินธุประเสริฐ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงาน.พัฒนาบุคลากรและคุณภาพบริการ		
1	**ตัวชี้วัด:อำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** 2.**ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS)** เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วน ด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการชื่นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ และไม่ทอดทิ้งกัน โดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาวะของประชาชน **คุณภาพ** หมายถึง มีผลการดำเนินการ ดังนี้ 1. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่น ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ ตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA 2. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกัน เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ทั้ง Acute & Chronic care **เกณฑ์การให้คะแนน** **ประเด็นคุณภาพ** **น้ำหนัก** **คะแนนเต็ม** 1.มีคณะกรรมการDHSและมีการประชุมอย่างน้อย 3เดือน/ครั้ง 10 % 10 2.มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิ รวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน5กลุ่มวัยและService Plan 10% 10 3.มีการดำเนินงานตามแผนโดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนไม่น้อยกว่า3เรื่อง 10 % 10 4.มีการเยี่ยมเสริมพลังในระดับอำเภอ 10 % 10 5.ผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผน (แผน CUP) 10 % 10 6.ผลการประเมินDHS ด้วยกลยุทธ์ UCCARE 50% 50 **คำอธิบายการให้คะแนน** 1.มีคณะกรรมการDHSและมีการประชุมอย่างน้อย 3เดือน/ครั้ง 10 คะแนน = ประชุมอย่างน้อย 4 ครั้ง 5 คะแนน = ประชุมน้อยกว่า 4 ครั้ง 2.มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิรวมถึงการบูรณาการจัดบริการใน5กลุ่มวัยและService Plan 10 คะแนน = มีและครอบคลุมทุกประเด็น 5 คะแนน = มีแต่ไม่ครอบคลุมทุกประเด็น 3.มีการดำเนินงานตามแผนโดยมีระบบบริหารจัดการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนไม่น้อยกว่า3เรื่อง 10 คะแนน = ครบ 3 เรื่อง (ระดับความสำเร็จขั้น3ขึ้นไป(UCCARE)) 5 คะแนน = ครบ 3 เรื่อง แต่ไม่สำเร็จตามUCCARE ขั้น 3 ขึ้นไป 0 คะแนน = ไม่ครบ 3 เรื่อง 4.มีการเยี่ยมเสริมพลังในระดับอำเภอ 10 คะแนน = มีการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่อย่างน้อย 2 ครั้ง 5 คะแนน = มีการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ 1 ครั้ง 0 คะแนน = ไม่มีการเยี่ยมเสริมพลัง		บัญญพนต์ นิยมนา

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	5.ผลลัพธ์การดำเนินงานตามแผน 10 คะแนน = มีผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าเดิมและบรรลุเป้าหมาย 5 คะแนน = มีผลลัพธ์ดีขึ้นกว่าเดิมแต่ไม่บรรลุเป้าหมาย 0 คะแนน = มีผลลัพธ์เท่าเดิมหรือแย่ลง 6.ผลการประเมินDHS ด้วยกลยุทธ์ UCCARE (แบบประเมิน) 50 คะแนน = ผลการประเมิน ≥ 18 คะแนน และผ่านระดับ3 ทุกข้อ 45 คะแนน = ผลการประเมิน ≥ 18 คะแนน แต่ไม่ผ่านระดับ3 ทุกข้อ 40 คะแนน = ผลการประเมิน เท่ากับ 17 คะแนน 35 คะแนน = ผลการประเมิน เท่ากับ 16 คะแนน 30 คะแนน = ผลการประเมิน เท่ากับ 15 คะแนน 25 คะแนน = ผลการประเมิน เท่ากับ 14 คะแนน 20 คะแนน = ผลการประเมิน เท่ากับ 13 คะแนน 10 คะแนน = ผลการประเมิน เท่ากับ 12 คะแนน 0 คะแนน = ผลการประเมิน ≤ 11 คะแนน		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ		
1	**ตัวชี้วัด: อำเภอผ่านเกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: อำเภอ หมายถึงการทำงานร่วมประสานระหว่างสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล และหน่วยงานภาคีระดับอำเภอ โดยมีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ประสานงานหลัก 2)เกณฑ์มาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT: Surveillance & Rapid Response Team) ประกอบด้วย เกณฑ์การประเมินจำนวน 17 ข้อ *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ SRRT เป็นส่วนผลักดันความสำเร็จของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)* *2.รายละเอียด:SRRT มีส่วนร่วมในการรายงานข้อมูลผู้ได้รับผลกระทบจากภัยสุขภาพ* *3.วิธีการวัดผล ใช้แบบประเมินมาตรฐาน SRRT ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 13 ข้อ* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ผ่านระดับพื้นฐาน(B) ร้อยละ 50 ของข้อย่อย 2 คะแนน = ผ่านระดับพื้นฐาน (B) ร้อยละ 80 ของข้อย่อย 3 คะแนน = ผ่านระดับพื้นฐาน (B)ร้อยละ 100 ของข้อย่อย 4 คะแนน = ผ่านระดับพื้นฐาน(B) + ระดับดี (S) ร้อยละ 50 ของข้อย่อย 5 คะแนน = ผ่านระดับพื้นฐาน(B) + ระดับดี (S) ร้อยละ 100 ของข้อย่อย		**นายวีรพงษ์ ทนุผล**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ		
1	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและเบาหวานรายใหม่		
	คำอธิบายตัวชี้วัด: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือแผนงานที่ 2 : การป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ : โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อและภัยสุขภาพ		
1.1	**อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง (ร้อยละ 2.5)**		
	ก.การประเมินผลเชิงปริมาณ	HDC	**สุจิตรา กิจจานนท์**
	คำนิยาม **ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก จากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) **อัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ลดลง หมายถึง จำนวน**ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ปี 2560 ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ 2.5 **วิธีการคำนวณ** สูตรคำนวณ = จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปี 60-จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ปี 59 X 100 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปี 59 ค่าที่ได้ เป็น + คือ อัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ค่าที่ได้เป็น - คือ อัตราผู้ป่วยลดลง **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = เพิ่มขึ้น/ไม่ลดลง 2 คะแนน = ลดลงร้อยละ 0.1-1.0 3 คะแนน = ลดลงร้อยละ 1.10-1.99 4 คะแนน = ลดลงร้อยละ 2.0-2.49 5 คะแนน =ลดลงตั้งแต่ร้อยละ 2.5 ขึ้นไป		
	ข.การประเมินผลเชิงกระบวนการ การดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป คำอธิบาย การดำเนินการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง สถานบริการมีการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยงมากกว่าร้อยละ 90 ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = < ร้อยละ 60 2 คะแนน = ร้อยละ 60-69.99 3 คะแนน = ร้อยละ 70-79.99 4 คะแนน = ร้อยละ 80-89.99 5 คะแนน = ≥ ร้อยละ 90		
	คะแนนตัวชี้วัด = คะแนนการประเมินเชิงปริมาณ (ก)+คะแนนการประเมินเชิงกระบวนการ (ข)		
	เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด 1 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 1-2 คะแนน 2 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 3-4 คะแนน 3 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 5-6 คะแนน		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	4 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 7-8 คะแนน 5 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 9-10 คะแนน		
1.2	**อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง (ร้อยละ 5)** ***<u>ก.การประเมินผลเชิงปริมาณ</u>***	HDC	**สุจิตรา กิจจานนท์**
	คำนิยาม **ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ หมายถึง** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน ในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14) **อัตราผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ลดลง หมายถึง** จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ปี 2560 ลดลงจากปี 2559 ร้อยละ วิธีการคำนวณ สูตรคำนวณ = <u>จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปี 60-จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ ปี 59</u> X 100 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ปี 59 ค่าที่ได้ เป็น + คือ อัตราผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ค่าที่ได้เป็น - คือ อัตราผู้ป่วยลดลง **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = เพิ่มขึ้น/ไม่ลดลง 2 คะแนน = ลดลงร้อยละ 0.1-1.99 3 คะแนน = ลดลงร้อยละ 2.0 - 2.99 4 คะแนน = ลดลงร้อยละ 3.0 - 4.99 5 คะแนน =ลดลงตั้งแต่ร้อยละ 5 ขึ้นไป ***<u>ข.การประเมินผลเชิงกระบวนการ</u>*** การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป คำอธิบาย การดำเนินการคัดกรองโรคเบาหวานในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป หมายถึง สถานบริการมีการคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พร้อมทั้งประเมินความเสี่ยงด้วยวาจา และให้คำปรึกษาลดเสี่ยง มากกว่าร้อยละ 90 ของประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ **<u>เกณฑ์การให้คะแนน</u>** 1 คะแนน = < ร้อยละ 60 2 คะแนน = ร้อยละ 60-69 3 คะแนน = ร้อยละ 70-79 4 คะแนน = ร้อยละ 80-89 5 คะแนน = ≥ ร้อยละ 90 ***คะแนนตัวชี้วัด = คะแนนการประเมินเชิงปริมาณ (ก)+คะแนนการประเมินเชิงกระบวนการ (ข)*** **<u>เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด</u>** 1 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 1-2 คะแนน 2 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 3-4 คะแนน 3 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 5-6 คะแนน 4 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 7-8 คะแนน 5 คะแนน = คะแนน ก+ข รวมได้ 9-10 คะแนน		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ ประเด็น: พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการจัดบริการทางการแพทย์ของสถานบริการระดับปฐมภูมิ		
1	**ตัวชี้วัด : ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิ/รพสต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของสปสช.ปฐมภูมิ** **คำอธิบาย :** 1.) สอดคล้องกับตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขตัวชี้วัดที่ 09 ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์คุณภาพ PCA และเชื่อมโยงกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข รพสต. ติดดาว 2.) หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพสต.ผ่านมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของสปสช. หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพสต.ผ่านมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยขึ้นบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ของสปสช.โดยพิจารณาจากองค์ประกอบของเกณฑ์ตรวจประเมินทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 5 หมวดได้แก่ รายการข้อมูล 1 A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ/รพสต.ผ่านมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของสปสช . B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิ/รพสตทั้งหมดในอำเภอ สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) × 100 **วิธีการวัด/เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ผ่านเกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 5 2 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 5-9 3 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 10-14 4 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 15-19 5 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 20 ขึ้นไป	โปรแกรม CPP และเอกสารรายงาน /คำสั่ง ที่เกี่ยวข้อง	**กง.ประกันสุขภาพฯ นางนภคกร พูลประสาท นายวิกรม ทางเรือ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม		
1	**ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมให้เทศบาลมีระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน (ENVIRONMENTAL HEALTH ACCREDITATION : EHA)** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** **1. ความสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข** คือ เป็นตัวชี้วัดหน่วยงานระดับเขต ของยุทธศาสตร์ ที่ 1 Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) แผนงานที่ 4 บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง(Hot Zone) **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมให้เทศบาลมีระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมได้มาตรฐาน(EHA) หมายถึง การส่งเสริมให้เทศบาลมีระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA) ที่ได้มาตรฐานซึ่งมี 9 ด้าน 20 ระบบ แต่ในปี 2560 เน้น 4 ด้าน 11 ระบบ โดยในแต่ละด้านให้เลือกทำอย่างน้อย 1 ระบบ 1) ด้านการจัดการสุขาภิบาลอาหาร ประกอบด้วย EHA : 1001 การจัดการสุขาภิบาลอาหาร ในสถานที่จำหน่าย และสะสมอาหาร EHA : 1002 การจัดการสุขาภิบาลอาหารในตลาด EHA : 1003 การจัดการสุขาภิบาลอาหารในการจำหน่ายสินค้าในที่ทางสาธารณะ 2) ด้านการจัดการคุณภาพน้ำบริโภค ประกอบด้วย EHA : 2001 การจัดการคุณภาพน้ำประปา (ผลิตโดย อปท.) EHA : 2002 การจัดการคุณภาพน้ำประปา (ผลิตโดยหน่วยงานอื่น) EHA : 2003 การจัดการคุณภาพตู้น้ำหยอดเหรียญ 3. ด้านการจัดการสิ่งปฏิกูล ประกอบด้วย EHA : 3001 การจัดการส้วมสาธารณะ EHA : 3002 การจัดการสิ่งปฏิกูล 4) ด้านการจัดการมูลฝอย ประกอบด้วย EHA : 4001 การจัดการมูลฝอยทั่วไป EHA : 4002 การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ EHA : 4003 การจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน **3.วิธีการวัดผล เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการชี้แจงให้เทศบาลสมัครเข้าร่วมโครงการและประเมินตนเองตามมาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม(EHA)ภายในเดือนกุมภาพันธ์ 2560 2 คะแนน = สสอ.ประเมิน/ให้คำแนะนำ เทศบาลตามมาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA)และส่งคะแนนการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภายในเดือน มีนาคม 2560 3 คะแนน = ร้อยละ 50 ของเทศบาลผ่านมาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม(EHA) ตั้งแต่ระดับพื้นฐานขึ้นไป อย่างน้อย 1 ระบบ(รวมผลงานสะสม 3 ปี) 4 คะแนน = ร้อยละ 25 ของเทศบาลผ่านมาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมEHA:4001 การจัดการมูลฝอยทั่วไป (รวมผลงานสะสม 3 ปี) 5 คะแนน = สสจ./ศูนย์อนามัยที่ 6 ประเมิน/ให้คำแนะนำ เทศบาลตามมาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม(EHA) และส่งคะแนนการประเมินให้กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ภายในเดือน เมษายน 2560	แบบสรุปผลการตรวจประเมินระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมของเทศบาล(EHA) ใบสมัคร EHA แบบประเมิน EHA ของสสอ. สรุปผลการประเมิน EHA ของสสอ. สรุปผลการประเมิน EHA ของสสอ. สรุปผลการประเมิน EHA ของ สสจ. และศูนย์อนามัยที่ 6	นายสนิท เจริญนาม

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน		
1	**ตัวชี้วัด : ตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการระดับดีมากขึ้นไป ร้อยละ 40** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ** ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** : ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชนท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงใน 5 กลุ่มวัย เน้นในด้านพัฒนาเด็ก อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม **3. วิธีการวัดผล** A = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดีมากขึ้นไปปี 2560 B = จำนวนตำบลเป้าหมาย ในปี 2560 (76 ตำบล) **สูตรการคำนวน** - ร้อยละของตำบลที่ผ่านมาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพระดับดีมากขึ้นไป = (A/B) x 100 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ต่ำกว่าร้อยละ 25 2 คะแนน = ร้อยละ 25 - 29 3 คะแนน = ร้อยละ 30 - 34 4 คะแนน = ร้อยละ 35 - 40 5 คะแนน = ร้อยละ 40 ขึ้นไป	เวปไซด์ www.thaiphc.net	**ผาณิต กิตติศาสตรา**
2	**ตัวชี้วัด : ตำบลที่บรรลุผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายตามประเด็น OTOP ร้อยละ 30** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ** 1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ 2) อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญของจังหวัดลดลง	แบบรายงาน	**ผาณิต กิตติศาสตรา**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	2. รายละเอียดตัวชี้วัด ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตามประเด็น OTOP หมายถึง ตำบลมีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่นที่มีการบูรณาการร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพในตำบลตามประเด็น OTOP จนสามารถผ่านตัวชี้วัดตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด 2 ประเด็นขึ้นไป ประเด็น OTOP หมายถึง ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพในแต่ละตำบล จำนวน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) Long Term Care 3) ประเด็นตามปัญหาพื้นที่/นโยบายพัฒนาต้นแบบระบบบริการสุขภาพ **3. วิธีการวัดผล** A = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านตัวชี้วัดตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำหนด 2 ประเด็นขึ้นไป B = จำนวนตำบลเป้าหมาย ในปี 2560 (76 ตำบล) **สูตรการคำนวน** - ร้อยละของตำบลที่บรรลุผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายตามประเด็น OTOP = (A/B) x 100 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ต่ำกว่าร้อยละ 15 2 คะแนน = ร้อยละ 15 - 19 3 คะแนน = ร้อยละ 20 - 24 4 คะแนน = ร้อยละ 25 - 30 5 คะแนน = ร้อยละ 30 ขึ้นไป		
3	**ตัวชี้วัด : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข** คือ ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่	1. ทะเบียน อสค. 2. แบบประเมินผลศักยภาพ 3. เวปไซด์ www.thaiphc.net	**อารยา สุทธิธรรม**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	(1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(4) บำรุงรักษาจิตใจ อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้ **3. วิธีการวัดผล** A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย ได้แก่ 1) 100 % ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 4 และ 20 % ของ CKD ระยะ 3 2) 50 % ของครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากผลการประเมิน ADL ปี 2559 3) 20 % ของครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่คุมเบาหวานไม่ได้ โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มเป้าหมาย 1) และ 2) **สูตรการคำนวน** - ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด = (A/B) x 100 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ต่ำกว่าร้อยละ 35 2 คะแนน = ร้อยละ 35 - 39 3 คะแนน = ร้อยละ 40 - 44 4 คะแนน = ร้อยละ 45 - 49 5 คะแนน = ร้อยละ 50 ขึ้นไป		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงาน นิติการ		
1	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**		**นางสุภาวดี อ่องโอภาส**
	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA		**039-311166 ต่อ 313**
	คำอธิบายตัวชี้วัด:		**081-9837746**
	1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ. ข้อ 79		
	2.ตัวชี้วัดตามเกณฑ์ของ ศปท.กระทรวงสาธารณสุข		
	3.วิธีการวัดผล ใช้แบบประเมิน EBIT	ประเมินทุก 3 เดือน	
	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1 คะแนน = มีคำสั่งแต่งตั้ง/คำสั่งมอบหมายการดำเนินงาน ITA ของหน่วยงานและมีการประชุม จัดวางแนวทางและมอบหมายผู้จัดทำหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ประกอบแต่ละข้อคำถาม	คำสั่ง/รายงานการประชุม/ชื่อผู้รับผิดชอบ	
	2 คะแนน = มีการจัดส่งคะแนนการประเมินตนเอง (EBIT) ข้อ EB4 - EB6 ภายในวันที่ 5 มกราคม 2560 (รอบ 3 เดือน)	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	3 คะแนน = มีการจัดส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ข้อ EB4 - EB6 ภายในวันที่ 20 มกราคม 2560 (รอบ 3 เดือน)	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	4 คะแนน = มีการจัดส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ข้อ EB1 - EB11 ภายในวันที่ 20 มีนาคม 2560 (รอบ 6 เดือน)	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	5 คะแนน = มีการจัดส่งหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBIT) ข้อ EB1 - EB11 ที่ปรับปรุงแล้ว ภายในวันที่ 20 มิถุนายน 2560 (รอบ 9 เดือน)	หลักฐานเชิงประจักษ์	
2	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน**		**นางสาวจารุวรรณ ทองสีมัน**
	คำอธิบายตัวชี้วัด:		**039-311166 ต่อ 313**
	1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ ข้อ 81		**084-7170361**
	2. เพื่อให้ระบบการควบคุมภายใน มีการจัดวางระบบที่ถูกต้อง เกิดประโยชน์ และได้มาตรฐานตามที่สำนักงานตรวจเงินแผ่นดินกำหนด		
	3.วิธีการวัดผล รายงานควบคุมภายใน		
	เกณฑ์การให้คะแนน		
	1 คะแนน = มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายในและผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของสสอ.และรพ.สต. โดยบุคคลทั้งสองคณะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	คำสั่ง หรือ รายงานการประชุม	
	2 คะแนน = ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายใน และการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	กระบวนการจัดการความเสี่ยง หรือ flow chart	
	3 คะแนน = การจัดทำรายงานระดับหน่วยงานย่อย และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ สสจ.กำหนดได้ครบถ้วน และถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	แบบ ปย.1 ปย.2 ของ สสอ. และ รพ.สต.	
	4 คะแนน = มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนงาน		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	5 คะแนน = มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในปีละ 2 ครั้ง (รอบ 6 เดือน : ครั้ง) และมีการปรับปรุงระบบควบคุมภายใน ให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	แบบติดตาม ปย.2	

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		
1	**ตัวชี้วัด: อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 10 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุต่อการเกิดมีชีพแสนคน **สำหรับ ตัวชี้วัดนี้ในระดับสสอ.ใช้เกณฑ์ อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60** **คำนิยาม** จำนวนหญิงตั้งครรภ์ไทยในเขตรับผิดชอบมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์และได้รับบริการงาน ANC คุณภาพตามเกณฑ์ ดังนี้ 1.ซักประวัติ ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป เช่น ชั่งน้ำหนัก,วัดส่วนสูง,วัดความดันโลหิต, ประเมินความเสี่ยง 18 ข้อ และประเมินความเครียด 2.ตรวจร่างกายทั่วไป/ตรวจครรภ์ 3.ตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น Hct,CBC,VDRL,HBsAg, Rh Typing, Blood gr, Thalassemia screening (MCV/DCIP), HIV *3.วิธีการวัดผล (A/B) x 100* *A=จำนวนหญิงตั้งครรภ์ไทยที่มาฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์* *B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ไทยในพื้นที่ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด* *4.วิธีการประเมินผล* *มีการบันทึกผลการตรวจสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในสมุดสีชมพูและใน 43 แฟ้ม* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 44 2 คะแนน = ร้อยละ 45-49 3 คะแนน = ร้อยละ 50-54 4 คะแนน = ร้อยละ 55-59 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	**นางสมจิต ยาใจ**
2	**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** **เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังแล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกรวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน **เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง** เด็กอายุ 9 ,18,30,42 เดือนที่ได้รับการประเมินพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM) ตามเกณฑ์ ครบ 5 ด้าน	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	**นางสมจิต ยาใจ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	เด็กอายุ 0-5 ปีสงสัยพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็ก 4 ช่วงวัย ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการพบพัฒนาการไม่ผ่านทักษะด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม **เด็กอายุ 0-5 ปีสงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง** เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือนหลังจากพบสงสัยพัฒนาการ **คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM)** หมายถึง แบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี เป็นการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรมพัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม *3.วิธีการจัดเก็บข้อมูล* *มีการนำข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการเด็กบันทึกใน Special PP และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม* **เกณฑ์การให้คะแนนคัดกรองพัฒนาการเด็ก** 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 79 2 คะแนน = ร้อยละ 84-80 3 คะแนน = ร้อยละ 89-85 4 คะแนน = ร้อยละ 94-90 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป **เกณฑ์การให้คะแนนเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า** 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 4 2 คะแนน = ร้อยละ 5-9 3 คะแนน = ร้อยละ 10-14 4 คะแนน = ร้อยละ 15-19 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ขึ้นไป **เกณฑ์การให้คะแนนการติดตามพัฒนาการเด็ก** 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 79 2 คะแนน = ร้อยละ 84-80 3 คะแนน = ร้อยละ 89-85 4 คะแนน = ร้อยละ 94-90 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป *4.วิธีการประเมินผล* **คะแนนที่ได้ = <u>คะแนนคัดกรอง+คะแนนสงสัยพัฒนาการล่าช้า+คะแนนติดตามพัฒนาการ</u>**		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
3	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 51** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง** เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **สูงดี หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของWHO ชุดใหม่ ปี พ.ศ.2558 โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ **สมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง ของWHO ปี พ.ศ.2558 โดยมีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง **สูงดีสมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) **ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง** ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน *3.วิธีการวัดผลและการจัดเก็บข้อมูล รพช./รพ.สต.ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกคน เป็นรายไตรมาสและบันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลัก เช่น HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม* **เกณฑ์การให้คะแนน** **ดูจากร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 41 2 คะแนน = ร้อยละ 41-45 3 คะแนน = ร้อยละ 46-50 4 คะแนน = ร้อยละ 51-54 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55 ขึ้นไป	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	**นางสมจิต ยาใจ**
4	**ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 66)** โดยในระดับ สสอ. ประเมินผลการดำเนินงานจากผลสัมฤทธิ์การส่งเสริมควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน **คำอธิบายตัวชี้วัด** : ระดับอำเภอมีการดำเนินการขับเคลื่อน พัฒนาเครือข่ายโรงเรียนตามแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน โดยใช้กระบวนการถ่ายทอดโปรแกรมการจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher : SKC) ดังนี้ 1. อำเภอมีการจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน 2. อำเภอมีแผนปฏิบัติงานโครงการเพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน 3. อำเภอมีการดำเนินการ ดังนี้ 3.1 การจัดการภาวะทุพโภชนาการ 3.2 ส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี รูปร่างสมส่วน	1. แบบสรุปผลการคัดกรอง ประเมินผลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนรายชั้น รายโรงเรียน และวิเคราะห์จำแนกภาวะโภชนาการเพื่อวางแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไข 2. จัดเก็บ รวบรวม ติดตามและนิเทศ	**น.ส.สุวารี หลิมเจริญ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	3.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ Obesity Sign - รอยเปื้อนดำรอบคอ - นั่งหลับในเวลาเรียนเป็นประจำ - นอนกรนและหยุดหายใจขณะหลับ - ประวัติความเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัว 3.4 ติดตามและรายงานผล 4. อำเภอมีรายงานการถ่ายทอดโปรแกรมการจัดการน้ำหนัก (Smart Kids Coacher : SKC) 5. อำเภอมีรายงานโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบที่มีมาตรการส่งเสริมเด็กสูงดีสมส่วนและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ **วิธีการประเมินผล** 1. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ การส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไข ปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียน 2. มีแผนปฏิบัติงานโครงการเพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน 3. มีข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับและนำข้อมูลไป ใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ 4. มีรายงานการถ่ายทอดโปรแกรมการจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน(Smart Kids Coacher : SKC) 5. มีสรุปรายงานโรงเรียนในพื้นที่รับผิดชอบที่มีมาตรการส่งเสริมเด็กสูงดี สมส่วน และแก้ไขเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 66 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการดำเนินงาน 1 ข้อ 2 คะแนน = มีการดำเนินงาน 2 ข้อ 3 คะแนน = มีการดำเนินงาน 3 ข้อ 4 คะแนน = มีการดำเนินงาน 4 ข้อ 5 คะแนน = มีการดำเนินงานครบทุกข้อ และมีเด็กวัยเรียนสูงดีสมส่วน มากกว่าร้อยละ 66		
5	**ตัวชี้วัด: อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: *สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence* **คำนิยาม** จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19ปี 1,000 คน **ตัวชี้วัดนี้** ระดับ สสอ.มีการขับเคลื่อนYFHSในรพ.สต. **3.วิธีการวัดผล** 1.มีการพัฒนาให้รพ.สต.ดำเนินการYFHS .และมีการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน =รพ.สต.ผ่านเกณฑ์YFHS ร้อยละ20 2 คะแนน =รพ.สต.ผ่านเกณฑ์YFHS ร้อยละ40 3 คะแนน =รพ.สต.ผ่านเกณฑ์YFHS ร้อยละ60 4 คะแนน = รพ.สต.ผ่านเกณฑ์YFHS ร้อยละ80 5 คะแนน = รพ.สต.ผ่านเกณฑ์YFHS ร้อยละ100	ข้อมูลการประเมินYFHS	**นางสมจิต ยาใจ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
6	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **คำนิยาม ประชาชนวัยทำงาน** หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี- 59 ปี 11 เดือน 29 วัน **ดัชนีมวลกาย** หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 กก./ตรม. **วิธีการวัดผล (A/B) x 100** A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** รพ.สต. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงประชาชนวัยทำงาน และบันทึกในโปรแกรมหลักของสถาน บริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 40 2 คะแนน = ร้อยละ 40-44 3 คะแนน = ร้อยละ 45-49 4 คะแนน = ร้อยละ 50-54 5 คะแนน = ร้อยละ 55 ขึ้นไป	43 แฟ้ม	นางสุภาพ ขวัญพูล
1			
7	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **คำนิยาม** มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 1.มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2.มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3.มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4.มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ 5.มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6.มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม และมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7.มีคณะกรรมการการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล **หมายเหตุ** : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ •ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ	รายงานจากกลุ่มงานส่งเสริม	นางจันจิรา ใจดี

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	•มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกกนำชมรมผู้สูงอายุ หรือ •ตำบลที่อปท.ยังไม่ได้สมัครเข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care ให้ยกเว้นองค์ประกอบที่ 3 คือ จะยังไม่มี CM และ CG ได้ **วิธีการวัดผล (A/B) x 100** A = จำนวนตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ B = จำนวนตำบลในเขต รพ.สต.ทั้งหมด วิธีการประเมินผล 1.พื้นที่ประเมินตนเองตามองค์ประกอบ 2.อำเภอประเมินพื้นที่ รายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทราบ 3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุ่มประเมิน รายงานให้ศูนย์อนามัยเขต **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 35 2 คะแนน = ร้อยละ 35-39 3 คะแนน = ร้อยละ 40-44 4 คะแนน = ร้อยละ 45-49 5 คะแนน = ร้อยละ 50 ขึ้นไป		
8	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของ Healthy Ageing** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **คำนิยาม ผู้สูงอายุ** หมายความตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูณณ์ขึ้นไป **Healthy Ageing** หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลงานการคัดกรองสมรรถเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน **การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึง** การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน เป็นไปตามแนวทาง "คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ" กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็น 1)คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 2)คัดกรองกลุ่ม Geritric Syndromes) 3)ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล **วิธีการวัดผล วัดจากร้อยละของการคัดกรอง (A/B) x 100 รอบ 9 เดือน** A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent)	43 แฟ้ม	**นางจันจิรา ใจดี**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	B = ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล **วิธีการจัดเก็บข้อมูล สสอ.สรุปผลงานการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุจากรพ.สต.ทุกแห่ง** คัดกรองดังนี้ 1.ฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จากโปรแกรม Hos_xp/(โปรแกรม AGE APP) พัฒนาโดยกรมการแพทย์ 1.รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50 2.สรุปผลการประเมิน ADL ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ ตำบล หมู่บ้านฯ 2.รอบ 9 เดือน ครบถ้วน **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 75 2 คะแนน = ร้อยละ 75-79 3 คะแนน = ร้อยละ 80-84 4 คะแนน = ร้อยละ 85-89 5 คะแนน = ร้อยละ 90 ขึ้นไป		
9	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง** ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด(Dependence) ยาเสพ **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จาก สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข **วิธีการวัดผล (A/B) x 100** A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 84 2 คะแนน = ร้อยละ84-86 3 คะแนน = ร้อยละ 87-89 4 คะแนน = ร้อยละ 90-92 5 คะแนน = ร้อยละ 92 ขึ้นไป	บสต.	**นางสมจิต ยาใจ**
10	**ตัวชี้วัด: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ** **คำนิยาม** การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีพตนเองโดยสมัครใจ และเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆจนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ	รายงานจาก รง.506 เอส กลุ่มงานส่งเสริม	**นายวัชระ ประคองศรี**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	เป้าหมาย ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 10 จากปี 2559 (เกณฑ์เป้าหมายประเทศ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน) **วิธีการดำเนินงาน** 1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับอำเภอ 2.มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช 3.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4.มีการปฏิบัติงานตามแผนฯ **วิธีการประเมินผล มีองค์ประกอบดังนี้ (ข้อละ 1 คะแนน)** 1.มีคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับอำเภอ 2.มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี 3.หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง มีแผนปฏิบัตการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย 4.องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 50 มีแผนงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5.มีการปฏิบัติงานตามแผนฯ **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีองค์ประกอบ 1 ข้อ 2 คะแนน = มีองค์ประกอบ 2 ข้อ 3 คะแนน = มีองค์ประกอบ 3 ข้อ 4 คะแนน = มีองค์ประกอบ 4 ข้อ 5 คะแนน = มีองค์ประกอบ 5 ข้อ		
11	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **คำนิยาม การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้าฯลฯ การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการสาธารณสุข **ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก 10 หมวด F32, F33,F34.1,F38และF39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกัน กับการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ 2560 ทั้งรายใหม่และรายเก่า **เป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ ร้อยละ 50 **วิธีการดำเนินงาน** 1.มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับอำเภอ 2.มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช 3.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการโรคซึมเศร้าของหน่วยงานสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 4.มีการปฏิบัติงานตามแผนฯ **วิธีการประเมินผล มีองค์ประกอบดังนี้ (ข้อละ 1 คะแนน)** 1.มีคำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับอำเภอ	43 แฟ้ม	**นายวัชระ ประคองศรี**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ สสอ.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	2.มีการประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตและจิตเวช อย่างน้อย 2 ครั้ง/ปี 3.หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง มีแผนปฏิบัตการป้องกันและแก้ไขปัญหาการ โรคซึมเศร้า และมรการปฏิบัติตามแผนฯ 4.องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 50 มีแผนงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5.อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีองค์ประกอบ 1 ข้อ 2 คะแนน = มีองค์ประกอบ 2 ข้อ 3 คะแนน = มีองค์ประกอบ 3 ข้อ 4 คะแนน = มีองค์ประกอบ 4 ข้อ 5 คะแนน = มีองค์ประกอบ 5 ข้อ		

สรุปจำนวนตัวชี้วัดในระดับ รพ.สต. ปี 2560

ลำดับ	งาน/กลุ่มงาน/ฝ่าย	รวมตัวชี้วัด
1	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข	2
2	กลุ่มงานพัฒนาทรัพยากรบุคคลและคุณภาพบริการ	1
3	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ	2
4	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ	3
5	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	1
6	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม	1
7	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	1
8	กลุ่มงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	3
9	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข	1
10	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ	10
	รวมตัวชี้วัด	25

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข		
1	**หน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพของข้อมูล** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ KPI ที่ 83 ร้อยละของจังหวัดและหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล*		
1.1	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีความแตกต่างของข้อมูลระหว่าง HDC กับทะเบียนราษฎร์ตามเกณฑ์ที่กำหนด **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.สถานการณ์ภาพรวมจังหวัดปี 2559 มีความแตกต่างของข้อมูลอยู่ที่ร้อยละ 13.64* *2.ตัวชี้วัดนี้ มีความสอดคล้องกับนโยบายด้านข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข* *3.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน (วัดผลเดือนสิงหาคม โดยเป็นข้อมูลถึงสิ้นเดือนกรกฎาคม)* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = พบมากกว่าร้อยละ 15 2 คะแนน = พบร้อยละ 13-15 3 คะแนน = พบร้อยละ 10-12 4 คะแนน = พบร้อยละ 7-9 5 คะแนน = พบต่ำกว่าร้อยละ 7	HDC	**บัญชา พร้อมดิษฐ์** **เสนีย์ พบประเสริฐ**
2	**รพ.สต.มีผลงาน "นวัตกรรม" อย่างน้อย 1 นวัตกรรม** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** *1.ตัวชี้วัดนี้ สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ KPI ที่ 95 "ร้อยละหน่วยงานมีระบบ Knoeledge Management ผ่านเกณฑ์คุณภาพ" และตัวชี้วัดจังหวัด "การมีนวัตกรรมและการนำไปใช้ประโยชน์"* *2.การสร้าง "นวัตกรรม" เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนางานนั้น เป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการเรียนรู้ขององค์กรที่ดี* *3.วิธีการวัดผล วัดผลจากความสำเร็จตามเกณฑ์การให้คะแนน* *3.1 เกณฑ์การให้คะแนนได้เรียงลำดับตามกิจกรรม นวัตกรรม ไว้แล้ว* *3.2 นับระยะเวลาการพัฒนา "นวัตกรรม" ตามเกณฑ์การให้คะแนนตั้งแต่ ต.ค.2559 เป็นต้นไป (ไม่นับรวมก่อนปีงบประมาณ 2560)* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุ/ความต้องการ และเหตุผลของการสร้างนวัตกรรมที่เชื่อมโยงกับการแก้ไข/พัฒนาตามสาเหตุปัญหา/ความต้องการ 2 คะแนน = มีการวิเคราะห์ถึงแนวทาง/แนวคิดทางทฤษฎีในการสร้างนวัตกรรม (ใหม่) หรือที่มาและความเหมาะสมของนวัตกรรม (จากที่อื่น) กับการนำมาใช้ในผู้รับบริการ/หน่วยงาน 3 คะแนน = มีนวัตกรรม อย่างน้อย 1 นวัตกรรม และมีการนำไปใช้จริง 4 คะแนน = มีการประเมินผลนวัตกรรม 5 คะแนน = มีการเผยแพร่ นวัตกรรม ผ่านช่องทางต่างๆ (นำเสนอ เอกสาร Website)	1.จากรายละเอียดในเอกสารตามแบบฟอร์มรายงานที่กำหนด 2.การตรวจสอบในช่องทางต่างๆ (นำเสนอ เอกสาร Website)	**บัญชา พร้อมดิษฐ์** **สกุณา สินธุประเสริฐ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงาน.พัฒนาบุคลากรและคุณภาพบริการ		
1	**รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ (รพ.สต.ติดดาว)** **คำอธิบายตัวชี้วัด: เกณฑ์ มีทั้งหมด 5 หมวด (ร่ายละเอียดตามเกณฑ์ รพ.สต.ติดดาว)** **หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี** **1.ภาวะผู้นำของผู้บริหารองค์กร** **2.แผนกลยุทธ์ด้านสุขภาพ** **3.ระบบงาน/กระบวนการที่สำคัญ** **3.1 การจัดการการเงินและบัญชี** **3.2 การจัดการอาคารและสถานที่ สภาพแวดล้อม** **3.3 การจัดระบบบริการสนับสนุน** **3.3.1 IC** **3.3.2 LAB** **3.3.3 เภสัชกรรม/คุ้มครองผู้บริโภค** **3.3.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ** **หมวดที่ 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย** **หมวดที่ 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล** หมวดที่ 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย 4.1 OPD 4.2 ER 4.3 ANC 4.4 WCC 4.5 แผนไทย 4.6 ทันตกรรม 4.7 HHC/LTC/Palliative care 4.8 SRRT 4.9 เภสัชกรรม/คุ้มครองผู้บริโภค 4.10 การลงข้อมูล/Family Folder **หมวดที่ 5 ผลลัพธ์**		**บัญญพนต์ นิยมนา**
	เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ 50 - 59 % (รพ.สต. 1 ดาว) 2 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ 60 - 69 % (รพ.สต. 2 ดาว) 3 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ 70 - 79 % (รพ.สต. 3 ดาว) 4 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ 80 - 89 % (รพ.สต. 4 ดาว) 5 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ ≥ 90 % (รพ.สต. 5 ดาว)		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงาน ควบคุมโรคติดต่อ		
1	**ตัวชี้วัด: ความครอบคลุมของเด็กอายุครบ 1, ปีที่ได้รับวัคซีน MMR1 และอายุครบ 3 ปี ได้รับMMR2** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: ดู Template ที่web HDC เกณฑ์ MMR1,MMR2 ร้อยละ 95 *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นตัวชี้วัดด้านการจัดบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค* *2.รายละเอียด : - การฉีดMMR2 อาจจะให้ได้ตั้งแต่อายุ 2ปีครึ่ง ตามแผนปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข* *3.วิธีวัดผล โดยวัดระดับความสำเร็จของการดำเนินงาน* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการบันทึกผลงานให้บริการในโปรแกรม HDC 2 คะแนน = มีความครอบคลุมMMR1,MMR2 ≤ร้อยละ70 3 คะแนน = มีความครอบคลุม MMR1, MMR2 ≥ ร้อยละ 70 4 คะแนน = มีความครอบคลุม ตัวใดตัวหนึ่ง ≥ ร้อยละ 95 5 คะแนน = มีความครอบคลุม MMR1และ MMR2 ≥ ร้อยละ 95	HDC	**ชื่อ-สกุล:** **นางพิศสมร การศรีทอง**
2	**ตัวชี้วัด** : ร้อยละ 80 ของหมู่บ้าน/ชุมชน มีค่าดัชนีลูกน้ำ (HI) ไม่เกินร้อยละ 10 **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.ค่าดัชนีลูกน้ำ (ยุงลาย)เป็นค่าที่บอกภาวะความเสี่ยงตอการเกิดการแพรโรคไขเลือดออกของหมู่บ้าน/ชุมชน 2.HI (House Index)หมายถึง ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายที่พบในบ้านที่ทำการสำรวจในหมู่บ้าน/ชุมชน 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ เป็นตัวชี้วัดด้านการควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่ 2.รายละเอียด : ค่า HI ที่ =0 มีความปลอดภัยจากความเสี่ยง HI<10 มีความเสี่ยงต่ำ HI=10-50 เสี่ยงสูง HI>50 เสี่ยงสูงมาก 3.วิธีวัดผล: การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ของแต่ละ รพ.สต. เดือนละ 1 ครั้ง (คิดค่าเฉลี่ย 3 เดือน ย้อนหลังวันออกประเมิน) **เกณฑ์การให้คะแนน :** ≥ ร้อยละ80 = 5 ร้อยละ70 – 79 = 4 ร้อยละ60 – 69 = 3 ร้อยละ50 – 59 = 2 ร้อยละ< 50 = 1	แบบรายงาน ดัชนีลูกน้ำ	**นายอุทัย ศรีพรหม**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ		
1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้		
	คำอธิบายตัวชี้วัด: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือแผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan): โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง		
1.1	**ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมได้ (มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40)**	HDC	**สุจิตรา กิจจานนท์**
	คำนิยาม ผู้ป่วยที่มีระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 หรือ 3 **วิธีการคำนวณ** A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100 ***เกณฑ์การให้คะแนน*** 1 คะแนน = น้อยกว่า ร้อยละ 26 2 คะแนน = ร้อยละ 26-30.99 3 คะแนน = ร้อยละ 31-35.99 (base line ปี 59 = 35.92) 4 คะแนน = ร้อยละ 36-39.99 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40		
1.2	**ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50)** **คำนิยาม** ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณ ที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิต สูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 หรือ 3 **วิธีการคำนวณ** A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความ ดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100	HDC	**สุจิตรา กิจจานนท์**
	เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = น้อยกว่า ร้อยละ 21 2 คะแนน = ร้อยละ 21-30.99 3 คะแนน = ร้อยละ 31-40.00 (base line ปี 59 = 35.00) 4 คะแนน = ร้อยละ 41-49.99 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
2	**ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินCVD Risk (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80)** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือแผนงานที่ 6 : การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan): โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง **นิยาม** 1.ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า ตามแนวทางของสำนักโรคไม่ติดต่อ 2.จำนวนผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type area = 1 หรือ 3 **วิธีการคำนวณ** A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ สูตรคำนวณตัวชี้วัด (A/B) x 100 **<u>เกณฑ์การให้คะแนนตัวชี้วัด</u>** 1 คะแนน = < ร้อยละ 50 2 คะแนน = ร้อยละ 50-59.99 3 คะแนน = ร้อยละ 60-69.99 4 คะแนน = ร้อยละ 70-79.99 5 คะแนน = ≥ ร้อยละ 80	1.รายงานจากโปรแกรม NCD Chan by Kheaghangmeaw 2.รายงาน HDC	**สุจิตรา กิจจานนท์**
3	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานคลินิกNCD คุณภาพ(โรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง)ในรพ.สต. **คำอธิบาย** **คำอธิบาย** คลินิก NCD คุณภาพ(โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)ใน รพ.สต. หมายถึง การจัดบริการใน รพ.สต. ที่เชื่อมโยงการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วย เพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นระหว่าง รพ.สต.กับ โรงพยาบาล ***เกณฑ์การให้คะแนนเชิงกระบวนการ(ข)*** 1 คะแนน = **<u>ก.</u>** มีกรอบแนวคิดการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ(โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง)ใน รพ.สต. 2 คะแนน = **<u>ก/ข.มี</u>**การดำเนินงานตามเกณฑ์ 6 องค์ประกอบหลัก 3 คะแนน = **<u>ก-ข/ค.</u>** มีการนำวงจร PDCA มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ 4 คะแนน = **<u>ก-ค/ง</u>**. มีผลลัพธ์การดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ใน รพ.สต. (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) อย่างน้อย 2 ใน 4 ด้าน ได้แก่ 1.ด้านผลลัพธ์การให้บริการ 2.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง/ การจัดการตนเอง 3.ผลลัพธ์ทางคลินิก 4. การมีส่วนร่วมของ 5 คะแนน = **<u>ก-ค/จ</u>**. มีผลลัพธ์การดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพ ใน รพ.สต. (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ครบ 4 ด้าน	แบบประเมิน NCD Clinic รพสต	**สุจิตรา กิจจานนท์**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานประกันสุขภาพ ประเด็น: พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการจัดบริการทางการแพทย์ของสถานบริการระดับปฐมภูมิ		
1	**ตัวชี้วัด : หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพสต.ผ่านเกณฑ์มาตรฐานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของสปสช.ปฐมภูมิ** **คำอธิบาย :** 1.) สอดคล้องกับตัวชี้วัดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขตัวชี้วัดที่ 09 ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านเกณฑ์คุณภาพ PCA และเชื่อมโยงกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขรพสต.ติดดาว 2.) หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพสต.ผ่านมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการของสปสช. หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ/รพสต.ผ่านมาตรฐานเกณฑ์การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิตามเกณฑ์ของสปสช.โดยพิจารณาจากองค์ประกอบของเกณฑ์ตรวจประเมินขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 5 หมวดได้แก่ หมวดที่1. ศักยภาพในการจัดระบบบริการให้ประชาชนเข้าถึงบริการ หมวดที่2. จัดบริการระดับปฐมภูมิได้ครบถ้วน ครอบคลุมประเภทและขอบเขตบริการ หมวดที3. บุคลากร หมวดที่ 4. การบริหารจัดการ หมวดที่5. สถานที่ อุปกรณ์และเครื่องมือที่จำเป็น	โปรแกรม CPP และเอกสารรายงาน /คำสั่ง ที่เกี่ยวข้อง	**กง.ประกันสุขภาพฯ** **นางนภดกร พูลประสาท** **นายวิกรม ทางเรือ**
	วิธีการวัด/เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ 1 หมวด 2 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ 2 หมวด 3 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ 3 หมวด 4 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ 4 หมวด 5 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ 5 หมวด		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม		
1	**ตัวชี้วัด: มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์และการเฝ้าระวังสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ** **คำอธิบายตัวชี้วัด:** **1. ความสอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข** คือ เป็นตัวชี้วัดหน่วยงานระดับเขตของยุทธศาสตร์ ที่ 1 Promotion & Prevention Excellence (ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ) แผนงานที่ 4 บริหารจัดการสิ่งแวดล้อม โครงการคุ้มครองสุขภาพประชาชนจากมลพิษในพื้นที่เสี่ยง(Hot Zone) **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** 1. สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพ คือ รายงานที่รวบรวมข้อมูลสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่เกิดขึ้นในรอบปี เพื่อให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในแต่ละปี รวมทั้งประเด็นสถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่มีความสำคัญและเป็นที่สนใจของประชาชนตลอดจนการคาดการณ์แนวโน้มสถานการณ์ในอนาคตพร้อมข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ซึ่งข้อมูลสถานการณ์ที่ควรรวบรวมและจัดทำเป็นรายงานสถานการณ์ให้ได้ในทุกระดับตั้งแต่ระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศควรเน้นประเด็นสำคัญ9 ประเด็น ได้แก่ มูลฝอยทั่วไป มูลฝอยติดเชื้อ กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ การรองรับภาวะฉุกเฉินภัยพิบัติ และกฎหมายสาธารณสุข 2. ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (National Environmental Health Information System : NEHIS) คือระบบฐานข้อมูลบลเว็บไซต์ เพื่อรวบรวมจัดเก็บข้อมูลประมวลผล สร้างงาน และสื่อสารสารสนเทศ ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับได้ใช้ประโยชน์ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยฐานข้อมูล 4 กลุ่มคือ ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมพื้นฐาน ข้อมูลอนามัยสิ่งแวดล้อมในพื้นที่เสี่ยง และข้อมูลสุขภาพ 3. การจัดทำรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของพื้นที่ ได้แก่ ข้อมูลด้านกายภาพ ประชากร และโครงสร้างผู้รับผิดชอบงาน 2) สถานการณ์สิ่งแวดล้อมและสุขภาพรายประเด็น 9 ประเด็น 3) สถานการด้านสุขภาพของประชากรในพื้นที่ ที่เกิดจากปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม 4) บทสรุปและข้อเสนอแนะ ประเด็นสิ่งแวดล้อมและสุขภาพที่สำคัญและการดำเนินการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ **3.วิธีการวัดผล** **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีการสำรวจสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามแบบสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ครบถ้วนทั้ง 9 ประเด็น 2 คะแนน = มีการนำข้อมูลบันทึกลงในระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย (National Environmental Health Information System : NEHIS) 3 คะแนน = มีรายงานสถานการณ์ด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 4 คะแนน = มีการใช้ประโยชน์จากข้อมูล และมีประเด็นปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของพื้นที่อย่างน้อย 1 เรื่อง 5 คะแนน = มีการวางแผนเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ	ระบบสารสนเทศด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทย(NEHIS)	นายสนิท เจริญนาม

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก		
	การพัฒนาบริการการแพทย์แผนไทยใน รพ.สต.		
	คำอธิบาย		
	1.ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 18.5		
	- บริการการแพทย์แผนไทยหมายถึง การใช้ยาสมุนไพร และหัตถการ อาทิเช่น นวด		**ภาณุ ศรีวรรัตน์**
	อบ ประคบ ทับหม้อเกลือ ฯลฯ		
	- วิธีคิดร้อยละ ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทย x 100 / ผู้ป่วยนอกทั้งหมด		**สุขสบาย ฉอ้อมตะคุ**
	2.เผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรไทย หมายถึง มีการเผยแพร่ความรู้การใช้สมุนไพรไทย/ส่งเสริม		
	การปลูกในชุมชน และมีสวนสมุนไพรสาธิตในสถานบริการ		
	เกณฑ์คะแนน		
	1.ผู้ป่วยนอกที่ได้รับบริการการแพทย์แผนไทยที่ได้มาตรฐานไม่น้อยกว่า ร้อยละ 18.5	TTM	
	2.มีการใช้ยาสมุนไพรบริการผู้ป่วย > = 10 รายการ	TTM	
	3.มีการใช้ขมิ้นชัน และฟ้าทะลายโจรเป็น First line Drug และมีการใช้ยาสมุนไพร	TTM	
	ทดแทนยาแผนปัจจุบันอย่างน้อย 5 รายการ		
	4.มีแพทย์แผนไทยใน FAMILY CARE TEAM ระดับตำบล และเครือข่ายแพทย์แผนไทย	ทำเนียบเครือข่าย	
	ใน FAMILY CARE TEAM ระดับชุมชน ทุกชุด	แพทย์แผนไทย	
	5.มีการเผยแพร่ความรู้ด้านสมุนไพรไทย	สำรวจ	
	ข้อละ 1 คะแนน		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน		
1	**ตัวชี้วัด : ตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการระดับดีมากขึ้นไป** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ** ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชนท้องถิ่น ที่มีการบูรณาการร่วมกัน ช่วยกันค้นหา หรือกำหนดปัญหาสุขภาพ กำหนดอนาคต ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาด้านสุขภาพและมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะ โดยเน้นกระบวนการการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงใน 5 กลุ่มวัย เน้นในด้านพัฒนาเด็ก อุบัติเหตุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) และปัญหาสุขภาพตามบริบทพื้นที่ เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ระดับ คือ ระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี ระดับดีมาก และระดับดีเยี่ยม **3. วิธีการวัดผล** จากการประเมินตนเองตามแบบรายงานผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ระดับพื้นฐาน 2 คะแนน = ระดับพัฒนา 3 คะแนน = ระดับดี 4 คะแนน = ระดับดีมาก 5 คะแนน = ระดับดีเยี่ยม	เวปไซด์ www.thaiphc.net	**ผาณิต กิตติศาสตรา**
2	**ตัวชี้วัด : ตำบลบรรลุผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายตามประเด็น OTOP** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ** 1) ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ 2) อัตราการป่วยด้วยโรคที่สำคัญของจังหวัดลดลง **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานตามประเด็น OTOP หมายถึง	แบบรายงาน	**ผาณิต กิตติศาสตรา**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	ตำบลมีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนา บทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่นที่มีการบูรณาการร่วมกัน ดำเนินกิจกรรม การพัฒนาด้านสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพในตำบลตามประเด็น OTOP จนสามารถผ่านตัวชี้วัดตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำหนด ประเด็น OTOP หมายถึง ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพในแต่ละตำบล จำนวน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) โรคไข้เลือดออก 2) Long Term Care 3) ประเด็นตามปัญหาพื้นที่/นโยบายพัฒนาต้นแบบระบบบริการสุขภาพ **3. วิธีการวัดผล** จากการประเมินผลการดำเนินงานในแต่ละประเด็น ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ผ่านตัวชี้วัด 1 ประเด็น 2 คะแนน = ผ่านตัวชี้วัด 2 ประเด็น 3 คะแนน = ผ่านตัวชี้วัดครบทั้ง 3 ประเด็น		
3	**ตัวชี้วัด : ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด** **คำอธิบายตัวชี้วัด :** **1. สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข** คือ ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด **2. รายละเอียดตัวชี้วัด** ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกายเช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(4) บำรุงรักษาจิตใจ อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือก	1. ทะเบียน อสค. 2. แบบประเมินผลศักยภาพ 3. เวปไซต์ www.thaiphc.net	**อารยา สุทธิธรรม**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	เพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้ **3. วิธีการวัดผล** A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ ตามเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย ได้แก่ 1) 100 % ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) ระยะ 4 และ 20 % ของ CKD ระยะ 3 2) 50 % ของครอบครัวผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง (LTC) จากผลการ ประเมิน ADL ปี 2559 3) 20 % ของครอบครัวผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ที่คุมเบาหวาน ไม่ได้ โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มเป้าหมาย 1) และ 2) **สูตรการคำนวน** - ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตาม เกณฑ์ที่กำหนด = (A/B) x 100 **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = ต่ำกว่าร้อยละ 35 2 คะแนน = ร้อยละ 35 - 39 3 คะแนน = ร้อยละ 40 - 44 4 คะแนน = ร้อยละ 45 - 49 5 คะแนน = ร้อยละ 50 ขึ้นไป		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข		
1	**ตัวชี้วัด : เด็กอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)** **ไม่น้อยกว่าร้อยละ 52** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **1.**กลุ่มอายุ 0-12 ปีหมายถึงกลุ่มเด็กเล็กปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความ **2.**ฟันดีไม่มีผุหมายถึงผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติหรือผุคลองรากฟันหรือบูรณะอื่นใดอีก และได้รับการรักษาแล้วโดยไม่มีความจำเป็นต้องอุดถอนรักษา **เกณฑ์การให้คะแนน** : คะแนนร้อยละของเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free) (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 52) 1 คะแนน = ร้อยละ 32 - 36 2 คะแนน = ร้อยละ 37 - 41 3 คะแนน = ร้อยละ 42 - 46 4 คะแนน = ร้อยละ 47 - 51 5 คะแนน = ร้อยละ 52 ขึ้นไป	สำรวจในเว็บyimsและ 43แฟ้ม HDC	**นายจิราพัชร์ กฤษดำ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ		
1	**ตัวชี้วัด: อัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 10 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน **สำหรับ ตัวชี้วัดนี้ในระดับรพ.สต.ใช้เกณฑ์ อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 60** **คำนิยาม** จำนวนหญิงตั้งครรภ์ไทยในเขตรับผิดชอบมาฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์น้อยกว่าหรือ *3.วิธีการวัดผล (A/B) x 100* *A=จำนวนหญิงตั้งครรภ์ไทยที่มาฝากครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์* *B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ไทยในพื้นที่ที่มาฝากครรภ์ทั้งหมด* *4.วิธีการประเมินผล* *มีการบันทึกผลการตรวจสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ในสมุดสีชมพูและใน 43 แฟ้ม* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 44 2 คะแนน = ร้อยละ 45-49 3 คะแนน = ร้อยละ 50-54 4 คะแนน = ร้อยละ 55-59 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	**นางสมจิต ยาใจ**
2	**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **เด็กมีพัฒนาการสมวัย หมายถึง** เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกรวมกับ เด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน **เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง** เด็กอายุ 9 ,18,30,42 เดือนที่ได้รับการ ประเมินพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM) ตาม เกณฑ์ ครบ 5 ด้าน **เด็กอายุ 0-5 ปีสงสัยพัฒนาการล่าช้า หมายถึง** เด็ก 4 ช่วงวัย ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการพบ พัฒนาการไม่ผ่านทักษะด้านใดด้านหนึ่งใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัด เล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม **เด็กอายุ 0-5 ปีสงสัยพัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการ หมายถึง** เด็กที่สงสัย พัฒนาการล่าช้าได้รับการติดตาม/กระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือนหลังจากพบสงสัยพัฒนาการ **คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM/DAIM)** หมายถึง แบบประเมิน พัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี เป็นการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรมพัฒนาการ ตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้าน การเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม *3.วิธีการจัดเก็บข้อมูล*	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	**นางสมจิต ยาใจ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	มีการนำข้อมูลการคัดกรองพัฒนาการเด็กบันทึกใน Special PP และส่งออกข้อมูลตาม โครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม **เกณฑ์การให้คะแนนคัดกรองพัฒนาการเด็ก** 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 79 2 คะแนน = ร้อยละ 84-80 3 คะแนน = ร้อยละ 89-85 4 คะแนน = ร้อยละ 94-90 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป **เกณฑ์การให้คะแนนเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า** 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 4 2 คะแนน = ร้อยละ 5-9 3 คะแนน = ร้อยละ 10-14 4 คะแนน = ร้อยละ 15-19 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20 ขึ้นไป **เกณฑ์การให้คะแนนการติดตามพัฒนาการเด็ก** 1 คะแนน = น้อยกว่าเท่ากับร้อยละ 79 2 คะแนน = ร้อยละ 84-80 3 คะแนน = ร้อยละ 89-85 4 คะแนน = ร้อยละ 94-90 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ขึ้นไป *4.วิธีการประเมินผล* **คะแนนที่ได้ = <u>คะแนนคัดกรอง+คะแนนสงสัยพัฒนาการล่าช้า+คะแนนติดตามพัฒนาการ</u>** **3**		
3	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 51** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **เด็กอายุ 0-5 ปี หมายถึง** เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **สูงดี หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุของWHO ชุดใหม่ ปี พ.ศ.2558 โดยมีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ **สมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง ของWHO ปี พ.ศ.2558 โดยมีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง **สูงดีสมส่วน หมายถึง** เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) **ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง** ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ 5 ปีเต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน	รายงาน43แฟ้ม/ HDC	นางสมจิต ยาใจ

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	3.วิธีการวัดผลและการจัดเก็บข้อมูล รพช./รพ.สต.ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกคน เป็นรายไตรมาสและบันทึกข้อมูล ในโปรแกรมหลัก เช่น HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้าง 43 แฟ้ม **เกณฑ์การให้คะแนน** **ดูจากร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 41 2 คะแนน = ร้อยละ 41-45 3 คะแนน = ร้อยละ 46-50 4 คะแนน = ร้อยละ 51-54 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 55 ขึ้นไป		
4	**ตัวชี้วัด : ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (ร้อยละ 66)** **คำอธิบายตัวชี้วัด** : **เด็กวัยเรียน** หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีจนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม - 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) **โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด** หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาสและ (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3) **ภาวะเตี้ย** หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากมีการขาดอาหารเรื้อรังหรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ **ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน** หมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง >+2S.D. ขึ้นไปโดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัยปี 2542 **ภาวะผอม** หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า -2S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน **สูงดี** หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัยปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -1.5S.D.ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ **สมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัยปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5S.D. ถึง -1.5S.D.ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง **เด็กสูงดีสมส่วน** หมายถึง เด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) **ส่วนสูงเฉลี่ย**	- ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม/ Health Data Center - สรุปผลการคัดกรอง ประเมินผลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนรายชั้น รายโรงเรียน และวิเคราะห์จำแนกภาวะโภชนาการเพื่อวางแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกัน และแก้ไข - ทะเบียนคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง และการติดตามรายงานผล **คำนวณตัวชี้วัด** เด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน A = จำนวนเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน B = จำนวนเด็กอายุ 6 - 14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด (A/B) × 100	**น.ส.สุวารี หลิมเจริญ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิง อายุ 14 ปี (เด็กอายุ 14 ปีเต็มถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** ทุกโรงเรียน ส่งรายงาน/ข้อมูลให้รพ.สต./รพ. ปีละ 2 ครั้ง ดังนี้(กรกฎาคมและธันวาคม) วิเคราะห์และสรุปผล โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ ภาคเรียนที่ 1 ระยะเวลาของการนำเข้าข้อมูล 3 เดือน (พ.ค.,มิ.ย.,ก.ค.) ภาคเรียนที่ 2 ระยะเวลาของการนำเข้าข้อมูล 3 เดือน (ต.ค.,พ.ย.,ธ.ค.) **วิธีการประเมินผล** 1. คัดกรองภาวะโภชนาการนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ และเสี่ยง โดยชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เด็กนักเรียนทุกคน ลงบันทึกและรายงานผลตามแบบรายงานโภชนาการนักเรียนตามปกติ 2 (มิย. และ พย.) 2. ประเมิน และจัดกลุ่มในการดูแลนักเรียนที่มีภาวะโภชนาการปกติ และเสี่ยงเพื่อการดูแลช่วยเหลือ ที่ถูกต้องตรงกับภาวะโภชนาการของแต่ละกลุ่ม โดยมีการดำเนินการ ดังนี้ 2.1 การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย) 2.2 การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน 2.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ Obesity sign 1) รอบคอดำ 2) นั่งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วยครอบครัว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข คลินิก DPAC พร้อมการติดตามและรายงานผลตาม 3. มีระบบการรายงานผลการคัดกรอง และเฝ้าระวังภาวะโภชนาการนักเรียน และพัฒนาให้มีคุณภาพ จากระดับตำบล และอำเภอ **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 49 2 คะแนน = ร้อยละ 50 - 55 3 คะแนน = ร้อยละ 56 - 59 4 คะแนน = ร้อยละ 60 - 65 5 คะแนน = มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66		
5	**ตัวชี้วัด: อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: *1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence* **คำนิยาม** จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19ปี 1,000 คน **ตัวชี้วัดนี้** ระดับ รพ.สต.วัดการขับเคลื่อนYFHSและผลลัพธ์ของอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ15 - 19ปี 3.วิธีการวัดผล 1.มีการดำเนินงานYFHS และมีการพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์ *2.เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียน* *แห่งท้องที่ที่เด็กเกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร์* *(A/B) X 100*	ข้อมูลการประเมินYFHS และการคลอดมีชีพ ในหญิงอายุ15 - 19ปี	**นางสมจิต ยาใจ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15-19 ปี (จากทะเบียนเกิด) *B = จำนวนหญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์)* **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน =มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS 2 คะแนน =มีการดำเนินงานตามมาตรฐาน YFHS และอัตราหญิงอายุ15-19ปีคลอดน้อยกว่า48ต่อพันประชากรหญิงอายุ15-19ปี 3 คะแนน =ผ่านเกณฑ์ประเมิน YFHSและอัตราหญิงอายุ15-19ปีคลอดน้อยกว่า46ต่อพันประชากรหญิงอายุ15-19ปี 4 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ประเมิน YFHSและอัตราหญิงอายุ15-19ปีคลอดน้อยกว่า44ต่อพันประชากรหญิงอายุ15-19ปี 5 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ประเมินYFHSและอัตราหญิงอายุ15-19ปีคลอดน้อยกว่า42ต่อพันประชากรหญิงอายุ15-19ปี		
6	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของประชาชนวัยทำงาน มีค่าดัชนีมวลกายปกติ** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **คำนิยาม ประชาชนวัยทำงาน** หมายถึง ประชาชนอายุ 18 ปี- 59 ปี 11 เดือน 29 วัน **ดัชนีมวลกาย** หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกาย อยู่ระหว่าง 18.5 - 22.9 กก./ตรม. **วิธีการวัดผล (A/B) x 100** A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ 18 ปีขึ้นไป- 59 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** รพ.สต. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงประชาชนวัยทำงาน และบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม โดยระบบ Health data center (HDC) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 40 2 คะแนน = ร้อยละ 40-44 3 คะแนน = ร้อยละ 45-49 4 คะแนน = ร้อยละ 50-54 5 คะแนน = ร้อยละ 55 ขึ้นไป	43 แฟ้ม	**นางสุภาพ ขวัญพูล**
7	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของ Healthy Ageing** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: 1.สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence **ผู้สูงอายุ** หมายความตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่หกสิบปีบริบูณณ์ขึ้นไป **Healthy Ageing** หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) ซึ่งวัดได้จากการแบ่งตามกลุ่มศักยภาพ โดยใช้ผลงานการคัดกรองสมรรถเพื่อการดูแล ด้วยเครื่องมือ Activity of Daily Living (ADL) ซึ่งเมื่อประเมินแล้ว จะหมายถึงกลุ่มที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน **การคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ หมายถึง** การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ รายละเอียดการคัดกรอง/ประเมิน เป็นไปตามแนวทาง "คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ" กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้ดำเนินการถ่ายทอดไปยัง Aging manager และผู้ปฏิบัติระดับเขต, จังหวัด, อำเภอ, ตำบล ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 ในประเด็น	43 แฟ้ม	**นางจันจิรา ใจดี**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	วิธีการวัดผล วัดจากร้อยละของการคัดกรอง (A/B) x 100 รอบ 9 เดือน A = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Independent) B = ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล **วิธีการจัดเก็บข้อมูล รพ.สต.ทุกแห่ง คัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ และบันทึกข้อมูล** คัดกรองดังนี้ 1.ฐานข้อมูลการคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ จาก Hos_xp /(โปรแกรม AGE APP) พัฒนาโดยกรมการแพทย์ 1.รอบ 6 เดือน ร้อยละ 50 2.สรุปผลการประเมิน ADL ผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ ตำบล หมู่บ้านฯ 2.รอบ 9 เดือน ครบถ้วน **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 75 2 คะแนน = ร้อยละ 75-79 3 คะแนน = ร้อยละ 80-84 4 คะแนน = ร้อยละ 85-89 5 คะแนน = ร้อยละ 90 ขึ้นไป		
8	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: สอดคล้องกับตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข คือ Promotion & Prevention Excellence ติด **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข **วิธีการวัดผล (A/B) x 100** A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = น้อยกว่าร้อยละ 84 2 คะแนน = ร้อยละ84-86 3 คะแนน = ร้อยละ 87-89 4 คะแนน = ร้อยละ 90-92 5 คะแนน = ร้อยละ 92 ขึ้นไป	บสต.	**นางสมจิต ยาใจ**

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
9	**ตัวชี้วัด: อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ** **คำนิยาม** การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีพตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆจนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ **เป้าหมาย** ลดอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ร้อยละ 10 จากปี 2559 (เกณฑ์เป้าหมายประเทศ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน) **วิธีการดำเนินงาน**	รายงานจาก รง.506 เอส กลุ่มงานส่งเสริม	นายวัชระ ประคองศรี
1	1.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายของหน่วยงาน 2.มีการปฏิบัติงานตามแผนฯ 3.มีคลินิกบริการสุขภาพจิตและจิตเวชและติดตามเยี่ยมบ้าน 4.มีทะเบียนผู้ฆ่าตัวตายและผู้พยายามฆ่าตัวตาย **วิธีการประเมินผล มีองค์ประกอบดังนี้** 1. มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย และมีการปฏิบัติงานตามแผนฯ (1 คะแนน) 2.มีทะเบียนผู้ฆ่าตัวตายและทะเบียนผู้พยายามฆ่าตัวตาย(1 คะแนน) 3.มีติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวผู้ฆ่าตัวตายทุกราย (1 คะแนน) 4.มีติดตามเยี่ยมบ้านครอบครัวผู้พยายามฆ่าตัวตายทุกราย (1 คะแนน) 5.อัตราการฆ่าตัวตายลดลง จากปี 2559 ร้อยละ 10 (1 คะแนน) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีองค์ประกอบ 1 ข้อ 2 คะแนน = มีองค์ประกอบ 2 ข้อ 3 คะแนน = มีองค์ประกอบ 3 ข้อ 4 คะแนน = มีองค์ประกอบ 4 ข้อ 5 คะแนน = มีองค์ประกอบ 5 ข้อ		
10	**ตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต** **คำอธิบายตัวชี้วัด**: **คำนิยาม การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด ตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการสาธารณสุข **ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ICD 10 หมวด F32, F33F34.1,F38และF39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ 2560 ทั้งรายใหม่และรายเก่า **เป้าหมาย** ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ ร้อยละ 50 **วิธีการดำเนินงาน**	43 แฟ้ม	นายวัชระ ประคองศรี
	1.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการโรคซึมเศร้า 2.มีการปฏิบัติงานตามแผนฯ 3.มีการบันทึกรายงานการคัดกรอง/ประเมินภาวะโรคซึมเศร้าและผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย		

ที่	ตัวชี้วัด (ระดับ รพ.สต.)	แหล่งข้อมูล เพื่อวัดผล	ผู้รับผิดชอบ
	ว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในโปรแกรม HosXP 4.มีทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (1 คะแนน) **วิธีการประเมินผล มีองค์ประกอบดังนี้** 1.มีแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการโรคซึมเศร้า(และมีการปฏิบัติตามแผนฯ (1คะแนน) 2.มีการบันทึกรายงานการคัดกรอง/ประเมินภาวะโรคซึมเศร้าในโปรแกรม HosXP (1 คะแนน) 3.มีการบันทึกรายงานผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า ในโปรแกรม HosXP(1 คะแนน) 4.มีทะเบียนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสม(1 คะแนน) 5.อัตราการเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 50(1 คะแนน) **เกณฑ์การให้คะแนน** 1 คะแนน = มีองค์ประกอบ 1 ข้อ 2 คะแนน = มีองค์ประกอบ 2 ข้อ 3 คะแนน = มีองค์ประกอบ 3 ข้อ 4 คะแนน = มีองค์ประกอบ 4 ข้อ 5 คะแนน = มีองค์ประกอบ 5 ข้อ		