



# รายละเอียดตัวชี้วัด

KPI Template

## การประเมินผลการปฏิบัติราชการ

หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและการจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

Yasothon Provincial Health Office



Yasothon.moph.go.th

## คำนำ

รายละเอียดการประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จังหวัดยโสธร เนื้อหาประกอบด้วย ตัวชี้วัด ที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ทั้งสิ้น ๒๔ ตัวชี้วัด แต่ละตัวชี้วัดจะแสดงให้เห็นถึงขอบเขต เนื้อหา รายละเอียด วิธีการในการจัดเก็บข้อมูล เพื่อวัดและประเมินการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อันเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด

คณะผู้จัดทำคาดหวังว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จังหวัดยโสธร ซึ่งหากเอกสารฉบับนี้ มีข้อผิดพลาดและขาดความสมบูรณ์ของเนื้อหา คณะผู้จัดทำขอน้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

๙ ธันวาคม ๒๕๖๗

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
<b>ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)</b>	<b>๑</b>
<b>ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จังหวัดยโสธร</b>	
<b>ตัวชี้วัด</b>	
๑. โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	๓
๒. ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๙
๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	๑๒
๔. หน่วยบริการมีผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับดีและดีมาก	๑๕
๕. หน่วยบริการมีผลงานการจัดเก็บรายได้ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เพิ่มขึ้น เปรียบกับปีงบประมาณ ๒๕๖๗	๑๗
๖. เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย และ IQ $\geq$ ๑๑๐	๑๘
๗. หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๓๘
๘. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	๔๐
๙. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม.)	๔๓
๑๐. โรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๕๐
๑๑. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	๕๔
๑๒. ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ DM Remission	๕๖
๑๓. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I๖๐ - I๖๙)	๕๘
๑๔. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	๖๑
๑๕. ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	๖๔
๑๖. อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	๖๙
๑๗. จังหวัดยโสธรมีนวัตกรรมหรือผลงานวิชาการระดับประเทศ	๗๔
๑๘. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่/อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	๗๘
๑๙. อัตราความครอบคลุมของพื้นที่ให้บริการหน่วย EMS	๘๕
๒๐. เด็กและเยาวชน (ช่วงวัย ๓-๑๘ ปี) เข้าร่วมโครงการวัคซีนจราจร (TSY)	๘๗

๒๑. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	๙๐
๒๒. โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป	๙๖
๒๓. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	๙๘
๒๔. อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน	๑๐๒

#### ภาคผนวก

๑. คะแนนและน้ำหนักรายตัวชี้วัด
๒. เกณฑ์การประเมิน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
๓. เกณฑ์การประเมิน กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จังหวัดยโสธร

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อจัดลำดับ (Ranking) เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ จังหวัดยโสธร จำแนกตามตัวชี้วัด และกลุ่มงานที่รับผิดชอบ รายละเอียดดังนี้

ตัวชี้วัด ที่	ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบ
๑	โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital ๑.๑ รพท./รพช. ระดับมาตรฐานขึ้นไปและระดับทำทนาย ๑.๒ รพ.สต.(สังกัด สธ.) ผ่านระดับมาตรฐาน	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย
๒	ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
๓	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยา สมุนไพรเพิ่มขึ้น	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
๔	หน่วยบริการมีผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับดี และดีมาก	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
๕	หน่วยบริการมีผลงานการจัดเก็บรายได้ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เพิ่มขึ้น เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๖๗	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
๖	เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย และ IQ $\geq$ ๑๑๐ ๖.๑ เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย ๖.๒ ระดับสติปัญญาเด็ก (IQ)	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
๗	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	กลุ่มงานบริหารทั่วไป
๘	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๙	๙.๑ อสม.นั้บคาร์บใน Application Smart อสม. ๙.๒ อสม.แนะนำประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปนั้บคาร์บใน Application Smart อสม. ๙.๓ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการเยี่ยมบ้านใน ระยะเวลากำหนดและครบตามจำนวนครั้ง ๙.๔ ผู้ป่วย NCDs ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม สอน.บัดดี้	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
๑๐	๑๐.๑ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ
	๑๐.๒ ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c ซ้ำภายใน ๙๐ วัน ๑๐.๓ ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA๑c อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

ตัวชี้วัด ที่	ชื่อตัวชี้วัด (KPI)	กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบ
๑๑	ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๑๒	ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ DM Remission	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๑๓	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; 1๖๐ - 1๖๙)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๑๔	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๑๕	ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง จนถึงการติดตาม (Retention Rate)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๑๖	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
๑๗	จังหวัดยโสธรมีนวัตกรรมหรือผลงานวิชาการระดับประเทศ	กลุ่มงานบริหารทรัพยากร บุคคล
๑๘	๑๘.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๑๘.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
๑๙	อัตราความครอบคลุมของพื้นที่ให้บริการหน่วย EMS	ศูนย์อุบัติเหตุและการแพทย์ ฉุกเฉิน
๒๐	เด็กและเยาวชน (ช่วงวัย ๓-๑๘ ปี) เข้าร่วมโครงการวัคซีนจราจร (TSY)	ศูนย์อุบัติเหตุและการแพทย์ ฉุกเฉิน
๒๑	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
๒๒	โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป	กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล
๒๓	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค และเภสัชสาธารณสุข
๒๔	อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข

**หมายเหตุ** ในกรณีที่ตัวชี้วัดนั้นมีการปรับถ่วงน้ำหนักคะแนนอำเภอที่มี รพ.สต.ถ่ายโอน/สัดส่วนจำนวน  
เป้าหมาย/สัดส่วนจำนวนบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มงานได้ปรับถ่วงน้ำหนักคะแนนแต่ละตัวชี้วัดนั้น ๆ แล้ว  
ตามที่ระบุในรายละเอียดใน KPI Template

<h2>Ranking Template</h2>									
กลุ่มงาน	อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย								
ประเด็น	๑. สถานบริการสาธารณสุขพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge และ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital								
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	<p>๑.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับทำหาย)</p> <p>๑.๑ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)</p> <p>๑.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge (ระดับทำหาย)</p> <p>๑.๒ ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)</p>								
คำนิยาม/ความสำคัญ	<p>๑. สถานบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล (รพ.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพ ศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทุกสังกัด</p> <p>๒. โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช.) ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>ระดับมาตรฐาน (Standard)</b> หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%;"><b>หมวด CLEAN</b> สร้างกระบวนการพัฒนา</td> <td>๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN &amp; CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"><b>หมวด G: Garbage</b> การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท</td> <td>๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</td> </tr> <tr> <td>๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕</td> </tr> </table>	<b>ระดับมาตรฐาน (Standard)</b> หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)		<b>หมวด CLEAN</b> สร้างกระบวนการพัฒนา	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร	<b>หมวด G: Garbage</b> การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕
<b>ระดับมาตรฐาน (Standard)</b> หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)									
<b>หมวด CLEAN</b> สร้างกระบวนการพัฒนา	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพและสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้าน อนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร								
<b>หมวด G: Garbage</b> การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะและเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง								
	๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง								
	๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕								

	หมวด R: Restroom การพัฒนาสัมตาม มาตรฐานสาธารณสุข ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	๕. มีการพัฒนาสัมตามมาตรฐานสาธารณสุขไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)
		๖. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎหมาย และกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
	หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน	๗. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงาน และมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร
	หมวด E: Environment การ จัดการสิ่งแวดล้อมใน โรงพยาบาล	๘. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการ
		๙. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ
	หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาล อาหารการจัดการน้ำ อุปโภคบริโภค และการ ดำเนินงานอาหาร ปลอดภัยในโรงพยาบาล	๑๐. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร
		๑๑. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล
		๑๒. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
		๑๓. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงอาหารปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ (ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
	<b>ระดับดีเยี่ยม (Excellent)</b> หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน ๙๐% ขึ้นไป)	
หมวด Innovation: การพัฒนานวัตกรรมและ งานวิจัยด้าน GREEN	๑๔. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน	
หมวด Network: การสร้างเครือข่ายการ พัฒนาด้าน GREEN	๑๕. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	



<p><b>ระดับท้าทาย (Challenge)</b> หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย <b>เลือกจำนวน ๑ ด้าน</b></p>	
<p>๑. การจัดการของเสียทางการแพทย์          ๒. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ          ๓. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care)          ๔. การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้น)</p>	
<p><b>๓. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH)</b> หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในทุกสังกัด ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้</p>	
<p><b>ส่วนที่ ๑ การพัฒนา GREEN &amp; CLEAN รพ.สต.</b></p>	
<p><b>หมวด ๑ CLEAN</b> สร้างกระบวนการพัฒนา</p>	<p>๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อนพัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของทุกคนใน รพ.สต.</p>
<p><b>หมวด ๒ G: Garbage</b> การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท</p>	<p>๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</p>
	<p>๓. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</p>
	<p>๔. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ.๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง</p>
<p><b>หมวด ๓ R: Restroom</b> การพัฒนาสุขอนามัยตามมาตรฐาน สุขาสาธารณะไทย (HAS) และการจัดการสิ่งปฏิกูล</p>	<p>๕. มีการพัฒนาสุขาให้ได้มาตรฐาน และมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ</p>
	<p>๖. เป็นแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการพัฒนาสุขาสาธารณะให้ได้มาตรฐาน</p>
<p><b>หมวด ๔ E: Energy</b> การจัดการด้านพลังงานและ ทรัพยากร</p>	<p>๗. มีมาตรการประหยัดพลังงานและการจัดการทรัพยากรที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร</p>
<p><b>หมวด ๕ E: Environment</b> การจัดการสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต.</p>	<p>๘. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร สะอาด เป็นระเบียบ มีพื้นที่สีเขียวหรือพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น มีความสะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้มารับบริการ</p>
	<p>๙. มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในอาคารสะอาด สะอาด ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการ</p>

		๑๐. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) การส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร	
	<b>หมวด ๖ N: Nutrition</b> การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำ ปลอดภัยปลอดภัยและเป็น แหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน	๑๑. ส่งเสริมโภชนาการและสร้างความรอบรู้ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่เหมาะสมกับท้องถิ่นและชุมชน ๑๒. จัดให้มีบริการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด เพียงพอ ๑๓. การสร้างแหล่งเรียนรู้ด้านอาหารปลอดภัยในชุมชน	
<b>ส่วนที่ ๒ การพัฒนา GREEN Community</b>			
	<b>หมวด ๗</b> การพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	๑๔. การส่งเสริมการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community	
	<b>การสรุปผลการประเมิน*</b>		
	<b>๑. ระดับมาตรฐาน</b>	หมายถึง มีผลการประเมินหมวด ๑-๖ หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ และมีคะแนนรวม ๘๐ คะแนนขึ้นไป	
	<b>๒. ระดับดี</b>	หมายถึง มีผลการประเมินหมวด ๑-๖ หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ และมีคะแนนรวม ๙๐ คะแนนขึ้นไป	
	<b>๓. ระดับดีเยี่ยม</b>	หมายถึง มีผลการประเมินหมวด ๑-๖ หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ มีคะแนนรวม ๙๕ คะแนนขึ้นไป และดำเนินการตามหมวด ๗	
	* กรณีที่ ผลการประเมินแต่ละหมวดไม่ถึงร้อยละ ๘๐ และคะแนนรวมไม่ถึง ๘๐ คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านการประเมิน		
<b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b> ๑. รพท./รพช.ทุกแห่ง พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ๒. รพท./รพช.ทุกแห่ง พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับทำทหาย ๓. รพ.สต. ร้อยละ ๖๐ พัฒนานาмайสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป			
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	๑. โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital <a href="https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin">https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin</a> และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจสอบและประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		

	<p>๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN &amp; CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย</p> <p>๔. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกข้อมูลรวมถึงอนุมัติผลการประเมินยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN &amp; CLEAN Hospital ไปยังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p> <p>๕. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ประเมินและอนุมัติผลการประเมินระดับทำทหาย</p> <p>๖. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมินเพื่อรายงานผลเดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ ๑ ครั้ง</p>
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกสังกัด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	<p><b>รายการข้อมูล ๑</b></p> <p>A๑ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดโดยไอสรที่ดำเนินกิจกรรม GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป</p> <p>A๒ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดโดยไอสรที่ดำเนินกิจกรรม GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับทำทหาย</p> <p>A๓ = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด สป.สธ. จังหวัดโดยไอสรที่ดำเนินกิจกรรม GREEN &amp; CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป</p> <p>A๔ = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด อบจ. จังหวัดโดยไอสรที่ดำเนินกิจกรรม GREEN &amp; CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป</p> <p><b>รายการข้อมูล ๒</b></p> <p>B๑ = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัดโดยไอสร</p> <p>B๒ = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด สป.สธ. ในจังหวัดโดยไอสร</p> <p>B๓ = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด อบจ. ในจังหวัดโดยไอสร</p> <p><b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b></p> <p>๑. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) = <math>(A๑/B๑) \times ๑๐๐</math></p> <p>๒. ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Hospital Challenge (ระดับทำทหาย) = <math>(A๒/B๑) \times ๑๐๐</math></p> <p>๓. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด สป.สธ. ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) = <math>(A๓/B๒) \times ๑๐๐</math></p> <p>๔. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สังกัด อบจ. ที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN &amp; CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป) = <math>(A๔/B๓) \times ๑๐๐</math></p>

เกณฑ์การประเมิน :	
รายการตรวจสอบ	คะแนน
๑. มีแผนการขับเคลื่อน GREEN & CLEAN Hospital (คะแนนเต็ม ๑)	
๑.๑ โรงพยาบาล	๐.๕
๑.๒ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	๐.๕
๒. การสมัครประเมินตนเองในระบบ หรือ มีผลการรับรองมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital (คะแนนเต็ม ๒)	
๒.๑ โรงพยาบาลมีผลการรับรองมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย หรือแจ้งรับประเมิน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘	๑
๒.๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการสมัครประเมินตนเองในระบบ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital	
๒.๒.๑ สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ และ/หรือ สังกัด อบจ. อย่างน้อยร้อยละ ๖๐	๑
๒.๒.๒ สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ และ/หรือ สังกัด อบจ. ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	๐.๗๕
๓. ผลการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (คะแนนเต็ม ๒)	
๓.๑ โรงพยาบาลมีผลการรับรองมาตรฐาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย หรือมีการเข้าประเมินตนเองในระบบตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับท้าทาย ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘	๑
๓.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านการรับรอง GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital ระดับมาตรฐานขึ้นไป	
๓.๒.๑ สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ และ/หรือ สังกัด อบจ. อย่างน้อยร้อยละ ๖๐	๑
๓.๒.๒ สังกัด สป.สธ. อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ และ/หรือ สังกัด อบจ. ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	๐.๗๕
ผู้ประสานงาน	<p>๑. นางนารถฤดี กุลวิเศษณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ : ๐๘ ๗๕๑๔ ๖๘๔๑</p> <p>๒. นายชาญชัย เสี้ยวทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : ๐๘ ๗๖๔๕ ๙๐๕๐</p> <p>๓. นางสาวปาริชาติ จันทนาการ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ : ๐๙ ๗๒๔๘ ๕๓๕๓</p>

<h2>Ranking Template</h2>	
กลุ่มงาน	การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ประเด็น	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
น้ำหนัก ๘ คะแนน	
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	๒. ร้อยละของประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม/ความสำคัญ	<p>๑. บริการระดับปฐมภูมิ หมายถึง การให้บริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น โดยให้บริการสิ้นสุดที่บริการผู้ป่วยนอก (OPD) รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการสถานีนามัย สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) สถานีนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ สถานีนามัยพระราชทานนาม สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งไม่รวมการให้บริการในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์</p> <p>๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การรักษาด้วยยาสมุนไพร</li> <li>- การประคบยาแผนไทยสำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน หมายถึง การประคบตามองค์ความรู้ สำหรับผู้ป่วยเฉพาะรายของตน โดยผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย (ประเภทเวชกรรมไทย) หรือสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์</li> <li>- ยาแผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสม กัญชาทางการแพทย์ หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัยไม่ได้หมายถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืช หรือส่วนประกอบใด ๆ ของพืชกัญชา เช่น ยอด ดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น</li> <li>- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ- การทาบหม้อเกลือ</li> <li>- การพอกยาสมุนไพร</li> <li>- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย</li> <li>- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก</li> <li>- การทำหัตถการอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</li> <li>- การบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน</li> </ul>

	๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ผังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าร้อยละ ๔๕

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ เพิ่ม กระทรวงสาธารณสุข
----------------------	------------------------------------------------------------

แหล่งข้อมูล	๔๓ เพิ่ม (PERSON/SERVICE/DIAGNOSIS_OPD/DRUG_OPD/PROCEDURE_OPD/COMMUNITY_SERVICE)
-------------	----------------------------------------------------------------------------------

รายการข้อมูล๑	A = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วยU๕๐ ถึง U๗๖ หรือ U๗๘ ถึง U๗๙ หรือ ส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑หรือ ๔๒ หรือให้หัตถการแผนไทย (๑๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๙๙-๗๘-๘๘) หรือหัตถการส่งเสริมสุขภาพ (๑๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๙๙-๗๙-๙๙) หรือกิจกรรมบริการการแพทย์แผนไทยที่บ้าน (๑๐๐ ถึง ๑๐๘๑) หรือบริการการแพทย์ทางเลือกที่บ้าน (๑๑๐๐ ถึง ๑๑๘๓) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ หากมีการลงหัตถการ หรือจ่ายยาสมุนไพร มากกว่า ๑ รายการ ก็จะนับเป็นการบริการ ๑ ครั้ง (visit)
---------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

รายการข้อมูล๒	B = จำนวน (ครั้ง) ของการบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ที่มีรหัสประเภทหน่วยบริการ ๐๓, ๐๔, ๐๘, ๑๓, ๑๘ โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วยA ถึง Y) หรือแพทย์แผนไทย ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วยU๕๐ ถึง U๗๖ หรือแพทย์แผนจีน ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วยU๗๘ ถึง U๗๙
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	$A / B \times 100$
----------------------------	--------------------

เกณฑ์การประเมิน :

๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑.หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ มีนโยบาย/แผนการใช้ยาสมุนไพร อย่างน้อย ๑๐ รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน และมีรายการยาสมุนไพรทดแทน อย่างน้อย ๓ รายการ	๑. หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมีการใช้ยาสมุนไพรอย่างน้อย๑๐ รายการในการดูแลสุขภาพประชาชน	๑. หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิมียารายการยาสมุนไพรทดแทน อย่างน้อย๓ รายการ ในการดูแลสุขภาพประชาชน ๒. มีการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ พชอ.	ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ๔๕

<p>๒. มีการจัดบริการอย่างน้อย ๕ โรค/กลุ่มอาการ เช่น NCD LTC PC ดูแลหลังคลอด ผู้สูงอายุ และอาการเจ็บป่วย ( Common Diseases) เบื้องต้น</p>	<p>๒. ประชาชนมารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ๔๓</p>	<p>๓ หมอ ในการบริการ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p>	
<p>ผู้ประสานงาน</p>	<p>นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๔๕๗๑-๒๒๓๔ โทรสาร : - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร</p>	<p>หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓-๑๒๕-๖๙๙๕ E-mail : <a href="mailto:wichian.chanachai@gmail.com">wichian.chanachai@gmail.com</a></p>	

<h2>Ranking Template</h2>	
กลุ่มงาน	การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ประเด็น	ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรและการเข้าถึงบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
น้ำหนัก ๗ คะแนน	
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	๓.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร
คำนิยาม/ความสำคัญ	<p>ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms หมายถึง ผู้ป่วยนอกที่ได้รับการวินิจฉัย Common Diseases and Symptoms ตาม ๑๐ กลุ่มอาการที่กำหนดในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ Common Diseases and Symptoms หมายถึง กลุ่มอาการ/โรคที่พบบ่อย ๑๐ กลุ่มอาการ ดังนี้</p> <p>กลุ่มอาการ ยาสมุนไพรที่ใช้ (นิยามตามบัญชียาหลักแห่งชาติ)</p> <p>๑. กลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ Dx OA knee (M๑๗.๙) Dx Low back pain (M๕๔.๙) ยาแก้อาการปวด ยาพาราเซตามอล ยาแอสไพริน ยาไอบูโพรเฟน ยาพริกริ</p> <p>๒. กลุ่มอาการไข้หวัด ไอ เสมหะ โควิด ๑๙ Dx Common cold (J๐๐) Dx COVID๑๙ (U๐๗.๒) ฟ้าทะลายโจร/สารสกัด ยาประสะมะแว้ง ยาแก้ไอมะขามป้อม ยาตรีผลา ยาปราบชมพูทวีป</p> <p>๓. กลุ่มอาการท้องอืด ท้องเฟ้อ Dx Dyspepsia (R๑๐.๑,K๓๐) ขมิ้นชัน ธาตุดอบเชย ขิง</p> <p>๔. กลุ่มอาการท้องผูก/ริดสีดวงทวารหนัก ๔.๑ Dx Hemorrhoid (K๖๔.๐, K๖๔.๑, K๖๔.๒) ยาผสมเพชรสังฆาต ยาเพชรสังฆาต</p> <p>๔.๒ Dx Constipation (K๕๙.๐) มะขามแขก</p> <p>๕. กลุ่มอาการวิงเวียน/คลื่นไส้ อาเจียน Dx Dizziness (R๔๒) ยาขิง ยาหอมนวโกฐ ยาหอมอินทจักร์</p> <p>๖. กลุ่มอาการชาจากอัมพฤกษ์-อัมพาต Dx Hemiplegia (G๘๑) ตำรับยาแก้ลมแก้เส้น ยาทำลายพระสุเมรุ</p>



	<p>๗. กลุ่มอาการทางผิวหนัง/แผล</p> <p>๗.๑ Dx Herpes simplex (B๐๐.๙) Dx Zoster (B๐๒.๙)</p> <p>ยาพญาอ๗.๒ Dx Burn (T๒๐.๐, T๒๐.๑, T๒๐.๒, T๒๑.๐, T๒๑.๑, T๒๑.๒, T๒๒.๐, T๒๒.๑, T๒๒.๒, T๒๓.๐, T๒๓.๑, T๒๓.๒, T๒๔.๐, T๒๔.๑, T๒๔.๒, T๒๕.๐, T๒๕.๑, T๒๕.๒)</p> <p>ยารักษาทางจระเข้</p> <p>๗.๓ Dx Abrasion wound (S๑๐.๙, S๔๐.๙, S๕๐.๙, S๖๐.๙, S๒๐.๙, S๓๐.๙, S๗๐.๙, S๘๐.๙, S๙๐.๙)</p> <p>ยาเปลือกมังกุด</p> <p>๗.๔ Dx Tinea versicolor (B๓๖.๐) Dx Tinea (B๓๕.๓, B๓๕.๔, B๓๕.๖)</p> <p>ยาทิงเจอร์ทองพันชั่ง</p> <p>๘. อาการนอนไม่หลับ</p> <p>Dx Insomnia (F๕๑.๐ , G๔๗.๐)</p> <p>ยาสุขไสยาสน์ ยาหอมเทพจิตร น้ำมันกัญชา THC ๒.๐ mg/ml</p> <p>๙. กลุ่มอาการท้องเสีย</p> <p>Dx Acute diarrhea (A๐๙.๙)</p> <p>ฟ้าทะลายโจร ยากล้วย ยาเหลืองปิดสมุทร</p> <p>๑๐. กลุ่มอาการเบื่ออาหาร</p> <p>Dx Anorexia (R๖๓.๐)</p> <p>ยามะระขึ้นก น้ำมันกัญชา THC ๒.๐ mg/ml</p> <p>ยาสมุนไพร หมายถึง ยาแผนไทย ยาแผนโบราณ ยาพัฒนาจากสมุนไพร ตามบัญชียาหลักแห่งชาติ ตามรายการยาที่กำหนดให้ใช้ตามกลุ่มอาการ/กลุ่มโรคทั่วไป</p> <p>ประเภทผู้ประกอบการวิชาชีพ ในการวินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพรทั้งยาเดี่ยว และยาตำรับ ได้แก่</p> <p>๑) ๐๑ = แพทย์</p> <p>๒) ๐๑๑ = แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>๓) ๐๓ = พยาบาลวิชาชีพ</p> <p>๔) ๐๔ = เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน</p> <p>๕) ๐๕ = นักวิชาการสาธารณสุข</p> <p>๖) ๐๘๑ = แพทย์แผนไทย/แพทย์แผนไทยประยุกต์ : (ที่มีใบประกอบวิชาชีพ)</p>
เกณฑ์เป้าหมาย : มากกว่าร้อยละ ๑๐	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขของรัฐทุกระดับ
แหล่งข้อมูล	<p>๑. ข้อมูลจาก HDC ประกอบด้วย</p> <p>๑.๑ ข้อมูลเพิ่ม person</p> <p>๑.๒ ข้อมูลเพิ่ม provider</p>

	๑.๓ ข้อมูลเพิ่ม service ๑.๔ ข้อมูลเพิ่ม diagnosis_opd ๑.๕ ข้อมูลเพิ่ม drug_opd ๑.๖ ข้อมูลเพิ่ม procedure_opd ๒. ข้อมูลจากการเบิกจ่ายของ สปสช./ประกันสังคม/กรมบัญชีกลาง)		
รายการข้อมูล๑	A๑ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีก่อนหน้า		
รายการข้อมูล๒	A๒ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms และได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรายการยาที่กำหนด) โดยทุกวิชาชีพเป็นผู้วินิจฉัยและสั่งจ่ายยาสมุนไพร (ตามรหัสประเภทบุคลากร) ในปีปัจจุบัน		
รายการข้อมูล๔			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	$(A๒-A๑) / A๑ \times ๑๐๐$		
เกณฑ์การประเมิน :			
๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
๑. มีการประชุมวางแผนการดำเนินงานผ่านคณะกรรมการ PTC/PCT/SP ๒. มีการสื่อสารนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสู่ผู้ปฏิบัติเพื่อสร้างการรับรู้การใช้ยาสมุนไพรในระบบบริการสุขภาพ ๓. มีแนวทางการดำเนินงานและการกำหนดรายการยาสมุนไพรมุ่งเน้นทดแทนยาแผนปัจจุบัน ในกลุ่มโรค/อาการทั่วไป ๑๒ รายการ	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร ร้อยละ ๕	๑. มีการใช้ยาสมุนไพรมุ่งเน้นทดแทนยาแผนปัจจุบันในกลุ่มโรค/อาการทั่วไป ๑๒ รายการ ๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร ร้อยละ ๘	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพร ร้อยละ ๑๐
ผู้ประสานงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๔๕๗๑-๒๒๓๔ โทรสาร : - สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓๓-๑๒๕-๖๙๙๕ E-mail : <a href="mailto:wichian.chanachai@gmail.com">wichian.chanachai@gmail.com</a>		



เกณฑ์การประเมิน :					
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ผลงาน(หน่วยวัด)	-	-	-	B	A
ผู้ประสานงาน	๑. ชื่อ : นางสาวสิริพร พงศ์พัฒนาโชติ เบอร์มือถือ : ๐๘๖-๘๖๘๕-๘๗๕ ๒. ชื่อ : นางสาวกชพร จันทร์เสถะ เบอร์มือถือ : ๐๘๑-๕๔๕๑-๕๙๗ ๓. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.ยโสธร				

<b>Ranking Template</b>																	
กลุ่มงาน	ประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร																
ประเด็น	การประเมินประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ของหน่วยบริการ																
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	๕. หน่วยบริการมีผลงานการจัดเก็บรายได้ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๖๗																
คำนิยาม/ความสำคัญ	หน่วยบริการทุกระดับ มีการจัดเก็บรายได้ ที่มีประสิทธิภาพ มีรายได้จากการให้บริการเพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา																
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : หน่วยบริการมีผลงานการจัดเก็บรายได้ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐</p> <p style="text-align: center;">: และ PPFS โดยรวม จังหวัดยโสธร ไม่ต่ำกว่าอันดับ ๓ ของเขตสุขภาพที่ ๑๐</p>																	
<p>๒.๑ โรงพยาบาลทุกแห่ง</p> <p>ประเมินรายได้หน่วยบริการ เงินโอนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ในห้วงเวลาเดียวกัน) โดยใช้ข้อมูลเงินรับโอนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม พรบ.ผู้ประสบภัยจากรถ แรงงานต่างด้าว บุคคลสถานะและสิทธิ์ แหล่งอื่น ๆ ฯลฯ ข้อมูลจาก เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้อง</p>																	
<p>๒.๒ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง</p> <p>ประเมินรายได้หน่วยบริการ เงินโอนจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (ในห้วงเวลาเดียวกัน) เน้นในส่วนของ PPFS โดยใช้ข้อมูลเงินรับโอนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ ข้อมูลจาก สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลแม่ข่าย อบจ. และบัญชีหน่วยงาน ฯลฯ</p>																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. การประเมินในระบบข้อมูลออนไลน์ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. การออกนิเทศงานเฉพาะกิจ กลุ่มงานประกันสุขภาพ</p> <p>๓. การประเมินของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>																
แหล่งข้อมูล	<p>๑. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ</p> <p>๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลทุกแห่ง</p>																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)	$\left( \frac{\text{ผลงานปี ๒๕๖๘} - \text{ผลงานปี ๒๕๖๗}}{\text{ผลงานปี ๒๕๖๗}} \right) \times 100 = \text{ร้อยละผลงานที่เพิ่มขึ้น}$																
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ เงินเพิ่ม</td> <td><math>\leq 10.00</math> %</td> <td>10.01-13.99 %</td> <td>14.00-16.99 %</td> <td>17.00-19.99 %</td> <td><math>\geq 20</math> %</td> </tr> </tbody> </table>						คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ เงินเพิ่ม	$\leq 10.00$ %	10.01-13.99 %	14.00-16.99 %	17.00-19.99 %	$\geq 20$ %
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕												
ร้อยละ เงินเพิ่ม	$\leq 10.00$ %	10.01-13.99 %	14.00-16.99 %	17.00-19.99 %	$\geq 20$ %												
ผู้ประสานงาน	<p>๑. ชื่อ : นางสาวพร พงศ์พัฒน์โชติ เบอร์มือถือ : ๐๘๖-๘๖๘๕-๘๗๕</p> <p>๒. ชื่อ : นางสาวกชพร จันทร์เสถียร เบอร์มือถือ : ๐๘๑-๕๔๕๑-๕๙๗</p> <p>๓. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานประกันสุขภาพ สสจ.ยโสธร</p>																

<h2>Ranking Template</h2>	
หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence
แผนงาน	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ตัวชี้วัดหลัก	<p>๖. เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย และ IQ <math>\geq</math> ๑๑๐</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- เด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย</li> <li>- ระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย</li> </ul>
ชื่อตัวชี้วัด (ถ้ามี)	<p>๑. ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>๒. เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า ๑๐๓</p> <p>๓. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน</p> <p>๔. ร้อยละของความครอบคลุมของการคัดกรองภาวะโลหิตจางเด็กอายุ ๖ – ๑๒ เดือน และ ๓ - ๕ ปี</p> <p>๕. ร้อยละของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑</p> <p>    ปี พ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม</p> <p>๖. ร้อยละของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี</p> <p>    พ.ศ.๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function) ความฉลาดทางอารมณ์ EQ (Emotional Quotient)</p> <p>๗. มีการขับเคลื่อนตำบลพลหมัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ทุกตำบล</p> <p>๘. ร้อยละของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔ D ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ</p>
คำนิยาม/ความสำคัญ	<p><b>เด็กปฐมวัย</b> หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p><b>สุขภาพเด็กปฐมวัย</b> หมายถึง ภาวะของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึงต่ำกว่า ๖ ปี ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางอารมณ์จิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา</p> <p><b>พัฒนาการสมวัย</b> หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้าน ภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)</p>

<p>คำนิยาม/ความสำคัญ (ต่อ)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>การคัดกรองพัฒนาการ</b> หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</li> <li>● <b>พัฒนาการสงสัยล่าช้า</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</li> <li>● <b>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม</b> หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒</li> </ul> <p><b>เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้า</b> หมายถึง เด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการคัดกรอง/ตรวจประเมิน /วินิจฉัย โดยทีมสหวิชาชีพ แล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒)</p> <p><b>เด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการบริการด้วยรหัส TEDA๔1 (สะสม)</b> หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการ ล่าช้าที่ได้รับการบริการด้วยรหัส SpecialPP ๑B๒๗๐ ๑B๒๗๑ ๑B๒๗๒ ๑B๒๗๓ ๑B๒๗๔ ๑B๒๗๕ ถึงปัจจุบันไม่ว่าจาก สถานบริการไหนก็ตาม (ไม่นับซ้ำ ตัดตาม CID) ใช้ข้อมูล ถึง วันที่ ๓๐ กันยายน ของปีงบประมาณ</p> <p><b>ความชุกร้อยละ ๒๑.๗</b> หมายถึง ความชุกของเด็กที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า ๘๐ ซึ่งเท่ากับร้อยละ ๒๑.๗ (ได้จากการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) เด็กไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ประจำปี ๒๕๖๔ ของกรมสุขภาพจิต) v. พ.ศ. ๒๕๖๗</p> <p><b>จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้าที่คาดประมาณจากความชุกที่สำรวจ</b> หมายถึง จำนวนเด็กปฐมวัย ๐ - ๕ ปี ที่เป็นประชากรไทยโดยข้อมูลจากทะเบียนราษฎร ในปี พ.ศ. (ณ วันที่ ๓๑ ธ.ค.) คูณความชุกของเด็ก ที่มีระดับสติปัญญาต่ำกว่า ๘๐ (ร้อยละ ๒๑.๗)</p> <p><b>เด็กพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการ บริการ ด้วยรหัสหัตถการ ICD-๙-CM/ICD-๑๐-TM (สะสม)</b> หมายถึง เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าที่ได้รับการบริการด้วยรหัสหัตถการ ICD-๙-CM ๙๔.๓๓, ๙๓.๗๔, ๙๓.๗๕, ๙๓.๘๑, ๙๓.๘๒, ๙๓.๘๓, ๙๓.๘๔ และรหัสหัตถการ ICD-๑๐-TM ๙๐๐๕๘๘๕, ๙๐๐๕๘๘๖, ๙๐๐๕๘๘๘, ๙๐๐๖๐๐๑, ๙๐๐๖๐๘๑, ๙๐๐๖๐๘๔, ๙๐๐๖๐๘๕, ๙๐๐๖๐๘๖, ๙๓๔๖๐๔๑, ๙๓๔๖๐๔๒, ๙๓๔๖๐๔๓, ๙๓๔๖๐๔๗, ๙๓๔๖๐๕๑, ๙๓๕๖๐๔๕, ๙๓๕๖๐๔๖, ๙๓๕๖๐๔๗, ๙๔๐๖๐๒๐, ๙๔๐๖๐๙๙, ๙๔๒๖๙๑๒, ๙๓๗๕๘๑๑, ๙๓๗๕๘๑๒, ๙๓๗๕๘๑๓, ๙๓๗๕๘๑๕, ๙๓๗๕๘๑๖, ๙๓๗๕๘๑๗, ๙๓๗๕๘๑๘, ๙๓๗๕๘๑๙,</p>
------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>คำนิยาม/ความสำคัญ (ต่อ)</b></p>	<p>๙๓๗๕๘๒๐, ๙๓๗๕๘๒๑, ๙๓๗๕๘๒๒, ๙๓๗๕๘๒๓, ๙๓๗๕๘๒๔, ๙๓๗๕๘๒๕, ๙๓๗๕๘๒๖, ๙๓๗๕๘๙๙, ๙๓๗๕๙๑๕, ๙๓๗๕๖๖๕, ๙๓๗๕๖๖๖, ๙๙๙๕๘๐๑, ๙๙๙๕๘๑๐ ถึงปัจจุบัน</p> <p><b>เด็ก ๖-๑๒ เดือน</b> หมายถึง เด็กสัญชาติไทย ในเขต ที่มีอายุครบ ๖ - ๑๒ เดือน ในระหว่างปีงบประมาณนี้</p> <p><b>เด็ก ๓-๕ ปี</b> หมายถึง เด็กสัญชาติไทย ในเขต ที่มีอายุครบ ๓ - ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ในระหว่างปีงบประมาณนี้</p> <p><b>ภาวะโลหิตจาง</b> หมายถึง พบ LabTest '๐๖๒๑๒๐๑' มีค่า LabResult &lt;๓๓ หรือ พบ LabTest '๐๖๒๑๔๐๑' หรือ '๐๖๒๑๔๐๒' มีค่า LabResult &lt;๑๑ กรณีที่มีผล Lab หลายครั้ง หากมีผล Lab ที่เข้าเกณฑ์ ภาวะโลหิตจาง ๑ หรือ ๒ เพียงครั้งเดียว จะถือว่าพบภาวะโลหิตจาง</p> <p><b>เด็กไทย</b> หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ) และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสำนักงานการศึกษากรุงเทพมหานคร ทั้ง ๗๗ จังหวัดทั่วประเทศ</p> <p><b>ความฉลาดทางสติปัญญา</b> หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผล การคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยในที่นี้ใช้แบบทดสอบ Standard Progressive Matrices (SPM parallel version) (๑๙๙๘; update ๒๐๑๓)</p> <p><b>เด็กที่เตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๙</b> (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) หมายถึง เด็กที่เกิดระหว่าง วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๑ - ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๒ ในพื้นที่จังหวัดยโสธร</p> <p><b>กิจกรรมเสริมสร้างพัฒนาการ โปรแกรม Triple – P Plus</b> หมายถึง กิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและสร้างวินัยเชิงบวกในเด็กปฐมวัย โดยครอบครัวมีส่วนร่วม (DSPM – BASED PRESCHOOL PARENTING PROGRAM) จำนวน ๔ ครั้ง</p> <p>Triple – P #๑ = สร้างสายใย Plus “อาหารสร้างเด็กฉลาด”</p> <p>Triple – P #๒ = สร้างวินัย Plus “พินสำคัญไหน”</p> <p>Triple – P #๓ = สร้างเด็กเก่ง ๑ Plus “เล่นเปลี่ยนโลก”</p> <p>Triple – P #๔ = สร้างเด็กเก่ง ๒ Plus “เล่นสร้างปัญญา มุ่งสู่ EF”</p> <p><b>จัดกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function)</b> หมายถึง กิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหารเด็กปฐมวัย ๙ ด้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ความจำเพื่อใช้งาน (Working Memory)</li> <li>๒. การยั้งคิดไตร่ตรอง (Inhibitory Control)</li> </ol>
---------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p><b>คำนิยาม/ความสำคัญ (ต่อ)</b></p>	<p>๓. การยืดหยุ่นความคิด (Shift/Cognitive Flexibility)  ๔. การจดจ่อใส่ใจ (Focus/Attention)  ๕. การควบคุมอารมณ์ (Emotional Control)  ๖. การติดตามประเมินตนเอง (Self-Monitoring)  ๗. การริเริ่มและลงมือทำ (Initiating)  ๘. การวางแผนและจัดระบบดำเนินการ (Planning and Organizing)  ๙. การมุ่งเป้าหมาย (Goal-Directed Persistence)</p> <p><b>จัดทำ Care Plan หมายถึง</b> การประเมินสถานะและการวางแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลแก่เด็กกลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุม ๓ มิติ</p> <p>๑.ด้านร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจค่าความเข้มข้นของเลือด และการตรวจร่างกายทั่วไป</p> <p>๒.ด้านจิตใจ ได้แก่ การประเมินพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ DSPM ตามเกณฑ์อายุ ๖๐ เดือน</p> <p>๓.สังคมและสภาพแวดล้อม ได้แก่ การประเมินการเลี้ยงดู ความสัมพันธ์ในครอบครัว เศรษฐฐานะ การได้รับการช่วยเหลือ</p> <p>๔. การส่งต่อพบผู้เชี่ยวชาญด้านกระตุ้นพัฒนาการหรือพบแพทย์</p> <p><b>สูงดีสมส่วน</b> หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน)</p> <p><b>ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ ๕ ปี</b> หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิงที่อายุ ๕ ปีเต็ม ถึง ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p><b>ตำบลมหัศจรรย์ ๑๐๐๐ วัน Plus</b> สู่ ๒๕๐๐ วัน หมายถึง ตำบลที่มีการดูแลและส่งเสริมสุขภาพทารก ในครรภ์มารดาตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิ จนถึงอายุ ๕ ปี โดยการร่วมลงทุนและเป็นเจ้าของของชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ทุกภาคส่วน ผ่านกลไกที่มีอยู่ในพื้นที่และทุกกิจกรรมสำคัญ (กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน) รวมถึงการพัฒนาคุณภาพบริการสาธารณสุขและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทุกคน</p> <p><b>สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย</b> หมายถึง สถานที่รับดูแลพัฒนา จัดประสบการณ์เรียนรู้และการศึกษา สำหรับเด็กปฐมวัยครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง ๖ ปีหรือก่อนเข้าเรียน ประถมศึกษาปีที่ ๑ ที่ใช้ชื่อ หลากหลายรวมทุกสังกัดในประเทศไทย ได้แก่</p> <p>๑. กระทรวงมหาดไทย : ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงเรียนอนุบาล ๒. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์:สถานรับเลี้ยงเด็กเอกชน</p> <p>๓. กรุงเทพมหานคร : ศูนย์พัฒนาเด็กก่อนวัยเรียน (สำนักพัฒนาสังคม) สถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน (สำนักอนามัย) และโรงเรียนอนุบาล (สำนักการศึกษา)</p>
---------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>๔. กระทรวงสาธารณสุข : ศูนย์เด็กเล็กในโรงพยาบาล</p> <p>๕. กระทรวงศึกษาธิการ : โรงเรียนอนุบาล (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน) และ โรงเรียนอนุบาลเอกชน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน)</p> <p>๖. หน่วยงานอื่น ๆ เช่น โรงเรียนอนุบาลสาธิตในมหาวิทยาลัย กระทรวงกลาโหม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มูลนิธิ และองค์กรเอกชน</p> <p><b>สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้านสุขภาพ๔D หมายถึง</b> สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพ ๑D = Development &amp; Play ๒D = Diet ๓D = Dental ๔D = Diseases</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b></p> <p>๑. ร้อยละ ๘๗ ของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย</p> <p>๒. ร้อยละ ๑๕ ของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน</p> <p>๓. ร้อยละ ๘๐ ของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือนและเด็กอายุ ๓-๕ปี ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง</p> <p>๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑</p> <p>ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม</p> <p>๕. ร้อยละ ๙๐ ของเด็กที่ได้รับการสุ่มประเมินระดับสติปัญญาเด็ก(เขาวัวเล็ก) ที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า ๙๐</p> <p>ได้รับการ ติดตามส่งเสริมสุขภาพและระดับสติปัญญา</p> <p>๖. ร้อยละ ๘๕ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑</p> <p>ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function)</p> <p>๘. ร้อยละ ๑๐๐ ของตำบลทั้ง ๙ อำเภอมีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สูง ๒,๕๐๐ วัน</p> <p>และผ่านเกณฑ์ทุกองค์ประกอบระดับดีเยี่ยม อย่างน้อย ร้อยละ ๕๐</p> <p>๘. ร้อยละ ๘๐ ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในพื้นที่ได้รับการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ ๔D ผ่านเกณฑ์ขั้นต้น</p>	
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>๑. เอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล</p> <p>๒. ประมวลผลการดำเนินงานจาก HDC จังหวัดยโสธร</p> <p>๓. นิเทศ ติดตามเยี่ยม ประเมินผล</p>
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>๑. เอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล</p> <p>๒. ประมวลผลการดำเนินงานจาก HDC จังหวัดยโสธร</p>



เกณฑ์การประเมิน : รอบที่ ๑ : ๖ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๗ - มีนาคม ๒๕๖๗)		
การประเมินกระบวนการ ระดับอำเภอ ๖๐ คะแนน		
ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
๑	มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ กลไก พขอ. และ MCH board ระดับอำเภอ ๑. มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ ๒. พขอ หรือ MCH board ระดับอำเภอ ๓. มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ พขอ. และ MCH board ระดับอำเภอ	ไม่มี = ๐ คะแนน ๑ ข้อ = ๑.๕ คะแนน ๒ ข้อ = ๒ คะแนน ๓ ข้อ = ๒.๕ คะแนน
๒	มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ อย่างน้อย ๒ ครั้ง (รวม พขอ.และ MCH board ระดับอำเภอ) ( ) ไม่มี ( ) มีประชุม ๑ ครั้ง ( ) มีประชุมอย่างน้อย ๒ ครั้ง	๐ คะแนน ๑.๕ คะแนน ๒.๕ คะแนน
๓	มีการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ด้านสุขภาพเด็กปฐมวัยและกลุ่มที่เตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ครอบคลุมทุกด้าน (ทางกาย ทางอารมณ์จิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา) ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ครอบคลุม ( ) มีครอบคลุม	๐ คะแนน ๑.๕ คะแนน ๒.๕ คะแนน
๕	มีแผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีและดำเนินการแล้ว	๐ คะแนน ๑.๕ คะแนน ๒.๕ คะแนน
๕	มีการติดตามและมีมาตรการในการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า ๘๐ ด้านสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ( ) ไม่มี ( ) มีแนวทางและมาตรการที่ชัดเจน แต่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีแนวทางและมาตรการที่ชัดเจน และมีการดำเนินการ	๐ คะแนน ๑.๕ คะแนน ๒.๕ คะแนน
๖	มีระบบส่งต่อและติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการกระตุ้นพัฒนาการที่ได้มาตรฐาน ๑. มีระบบส่งต่อเพื่อเข้าบริการที่ได้มาตรฐาน ๒. มีระบบการคืนข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเชื่อมโยง รพ., รพ.สต และ CFT ในการดูแลต่อเนื่อง	ไม่มี = ๐ คะแนน ๑ ข้อ = ๑.๕ คะแนน ๒ ข้อ = ๒ คะแนน

	๓. ติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	๓ ข้อ = ๒.๕ คะแนน
<b>การประเมินกระบวนการ ระดับอำเภอ (ต่อ)</b>		
ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
๗	<p>มีมาตรการการขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการพัฒนาในระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙</p> <p>๑. จัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (เด็กอนุบาล ๓ ปีการศึกษา ๒๕๖๗)</p> <p>๒. ประเมินคัดกรองพัฒนาการเด็กด้วยคู่มือDSPM เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าให้ประเมินซ้ำแล้ว</p> <p>๓. ตรวจการได้ยิน และวัดสายตา</p> <p>๔. ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ (Care Plan) รายบุคคล</p> <p>๕. ประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function)</p> <p>๖. ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ EQ (Emotional Quotient)</p> <p>๗. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กด้วย Triple – P Plus , Executive Function และกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน รู้ทัน IT ช่วยเหลือตัวเองช่วยงานบ้าน</p> <p>๘. การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพตำบลเด็กปฐมวัย</p> <p>๙. สุ่มประเมินซ้ำแล้ว</p> <p>๑๐. กิจกรรมส่งเสริมระดับสติปัญญาสติปัญญาเด็ก</p> <p>๑๑. มีการกำกับ ติดตาม กลุ่มเป้าหมายเฉพาะอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>≤ ๖ ข้อ = ๐ คะแนน</p> <p>๗ ข้อ = ๒ คะแนน</p> <p>๘ ข้อ = ๔ คะแนน</p> <p>๙ ข้อ = ๖ คะแนน</p> <p>๑๐ ข้อ = ๘ คะแนน</p> <p>๑๑ ข้อ = ๑๐ คะแนน</p>
๘	<p>มีการจัดทำแผนและแนวทางการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ ๐ - ๖ เดือน และ ๓ - ๕ ปี</p> <p>( ) ไม่มี</p> <p>( ) มีการจัดทำแผนและแนวทางการดำเนินงาน</p> <p>( ) มีการดำเนินงานตามแผนงาน แต่มีผลงานแต่ยังไม่ครอบคลุม</p> <p>( ) มีการดำเนินงานตามแผนงาน และมีผลงานได้ครอบคลุม</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๑ คะแนน</p> <p>๒.๕ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p>
๙	<p>เด็กทุกคนที่ได้รับการคัดกรอง พบ ภาวะโลหิตจาง ได้การแก้ไขภาวะโลหิตจาง ด้วยการส่งเสริมโภชนาการ และรักษาที่ถูกต้อง</p> <p>( ) ไม่มี</p> <p>( ) ร้อยละ ๑ - ๑๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๑๑ - ๒๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๒๑ - ๓๐</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๐.๕คะแนน</p> <p>๑ คะแนน</p> <p>๑.๕ คะแนน</p>

	( ) ร้อยละ ๓๑ - ๔๐ ( ) ร้อยละ ๔๑ - ๕๐ ( ) ร้อยละ ๕๑ - ๖๐ ( ) ร้อยละ ๖๑ - ๗๐ ( ) ร้อยละ ๗๑ - ๘๐ ( ) ร้อยละ ๘๑ - ๙๐ ( ) ร้อยละ ๙๑ - ๑๐๐	๒ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๓ คะแนน ๓.๕ คะแนน ๔ คะแนน ๔.๕ คะแนน ๕ คะแนน
<b>ข้อ</b>	<b>เกณฑ์พิจารณา</b>	<b>เกณฑ์คะแนน</b>
๑๐	มีผลการดำเนินงานการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก(ยาน้ำ/ยาเม็ด) ในเด็กกลุ่มอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ( ) ไม่มี ( ) ร้อยละ ๑ - ๖๐ ( ) ร้อยละ ๖๑ - ๗๐ ( ) ร้อยละ ๗๑ - ๘๐ ( ) ร้อยละ ๘๑ - ๙๐ ( ) ร้อยละ ๙๑ - ๑๐๐	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน ๓ คะแนน ๔ คะแนน ๕ คะแนน
๑๑	มีการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กกลุ่มเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ด้วยคู่มือฝึกเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญา เด็กอายุ ๒-๑๕ ปี ( ) ไม่มี ( ) ร้อยละ ๑ - ๑๐ ( ) ร้อยละ ๑๑ - ๒๐ ( ) ร้อยละ ๒๑ - ๓๐ ( ) ร้อยละ ๓๑ - ๔๐ ( ) ร้อยละ ๔๑ - ๕๐ ( ) ร้อยละ ๕๑ - ๖๐ ( ) ร้อยละ ๖๑ - ๗๐ ( ) ร้อยละ ๗๑ - ๘๐ ( ) ร้อยละ ๘๑ - ๙๐ ( ) ร้อยละ ๙๑ - ๑๐๐	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน ๓ คะแนน ๔ คะแนน ๕ คะแนน ๖ คะแนน ๗ คะแนน ๘ คะแนน ๙ คะแนน ๑๐ คะแนน

๑๒	<p>มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินทุกตำบล</p> <p>( ) ไม่มี</p> <p>( ) ร้อยละ ๑ - ๖๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๖๙ - ๗๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๗๙ - ๘๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๘๙ - ๙๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๙๑ - ๑๐๐</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๑ คะแนน</p> <p>๒ คะแนน</p> <p>๓ คะแนน</p> <p>๔ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p>
๑๓	<p>มีการขับเคลื่อนการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔D ต้นแบบระดับอำเภอ</p> <p>( ) ไม่มี</p> <p>( ) มี</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p>

**การประเมินกระบวนการระดับตำบล ๒๕ คะแนน**

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
๑	<p>มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับตำบล และกลไก พชต.</p> <p>๑. มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับตำบล</p> <p>๒. กลไก พชต.</p> <p>๓. มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับตำบล และ พชต.</p>	<p>ไม่มี = ๐ คะแนน</p> <p>๑ ข้อ = ๑.๕ คะแนน</p> <p>๒ ข้อ = ๒ คะแนน</p> <p>๓ ข้อ = ๒.๕ คะแนน</p>
๒	<p>มีแผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ</p> <p>( ) ไม่มี</p> <p>( ) มีแต่ยังไม่ดำเนินการ</p> <p>( ) มีและดำเนินการแล้ว</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๑.๕ คะแนน</p> <p>๒.๕ คะแนน</p>





๖	มีการดำเนินงานขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านตามเกณฑ์ทุกองค์ประกอบ ( ) ไม่ผ่าน ( ) ผ่าน ๑ องค์ประกอบ ( ) ผ่าน ๒ องค์ประกอบ ( ) ผ่าน ๓ องค์ประกอบ ( ) ผ่าน ๔ องค์ประกอบ	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๑.๕ คะแนน ๒ คะแนน ๒.๕ คะแนน
๗	ขับเคลื่อนการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔D และประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานฯ ( ) ไม่มี ( ) มี แต่ไม่ครอบคลุมทุกแห่ง ( ) มี ครอบคลุมทุกแห่ง	๐ คะแนน ๑.๕ คะแนน ๒.๕ คะแนน

**การประเมินผลลัพธ์ ระดับอำเภอ ๑๕ คะแนน**

๑. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๗

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	๗๑ - ๘๐	๘๑ ขึ้นไป

๒. เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๑๕

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๐.๑ - ๓.๗๕	๓.๗๖ - ๗.๕	๗.๖ - ๑๐.๒๕	๑๐.๒๖ - ๑๔.๙๙	๑๕ ขึ้นไป

๓. ร้อยละ ๘๐ ของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือนและเด็กอายุ ๓-๕ปี ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑ - ๔๙	๕๐ - ๕๙	๖๐ - ๖๙	๗๐ - ๗๙	๘๐ ขึ้นไป

๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปี พ.ศ.

๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑-๖๐	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐

๕. ร้อยละ ๙๐ ของเด็กที่ได้รับการสุ่มประเมินระดับสติปัญญาเด็ก(เขาวนเล็ก) ที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า ๙๐ ได้รับการติดตามส่งเสริมสุขภาพและระดับสติปัญญา

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑-๕๙	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	๙๐ ขึ้นไป

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

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑-๕๔	๕๕-๖๔	๖๕-๗๔	๗๕-๘๔	๘๕ ขึ้นไป

เกณฑ์การประเมิน : รอบที่ ๒ : ๖ เดือนหลัง (เมษายน ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๗)		
การประเมินกระบวนการ ระดับอำเภอ ๖๕ คะแนน		
ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
๑	มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ กลไก พขอ. และ MCH board ระดับอำเภอ ๑. มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ ๒. พขอ หรือ MCH board ระดับอำเภอ ๓. มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับอำเภอ พขอ. และ MCH board ระดับอำเภอ	ไม่มี = ๐ คะแนน ๑ ข้อ = ๑ คะแนน ๒ ข้อ = ๑.๕ คะแนน ๓ ข้อ = ๒ คะแนน
๒	มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ อย่างน้อย ๔ ครั้ง (รวม พขอ.และ MCH board ระดับอำเภอ) ( ) ไม่มี ( ) มีประชุม ๑ ครั้ง ( ) มีประชุม ๒ ครั้ง ( ) มีประชุม ๓ ครั้ง ( ) มีประชุมอย่างน้อย ๔ ครั้ง	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน ๑.๕ คะแนน ๒ คะแนน
๓	มีแผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีและดำเนินการแล้ว	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน
๔	มีพื้นที่ต้นแบบ/นวัตกรรม การส่งเสริมพัฒนาการและระดับสติปัญญาเด็กกลุ่มที่เตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ทุกคนครอบคลุมทุกด้าน (ทางกาย ทางอารมณ์จิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา) ( ) ไม่มี ( ) มีพื้นที่ต้นแบบ ( ) มีพื้นที่ต้นแบบ และนวัตกรรม	๐ คะแนน ๒,๕ คะแนน ๕ คะแนน
๕	มีการติดตามและมีมาตรการในการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า ๙๐ ด้านสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ( ) ไม่มี ( ) มีแนวทางและมาตรการที่ชัดเจน แต่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีแนวทางและมาตรการที่ชัดเจน และมีการดำเนินการ ( ) มีแนวทางและมาตรการที่ชัดเจน มีการดำเนินการ และผลการดำเนินการ	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๑.๕ คะแนน ๒ คะแนน

การประเมินกระบวนการงาน ระดับอำเภอ (ต่อ)		
ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
๖	มีระบบส่งต่อและติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการกระตุ้นพัฒนาการที่ได้มาตรฐาน ๑. มีระบบส่งต่อเพื่อเข้าบริการที่ได้มาตรฐาน ๒. มีระบบการคืนข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเชื่อมโยง รพ., รพ.สต และ CFT ในการดูแลต่อเนื่อง ๓. ติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน	ไม่มี = ๐ คะแนน ๑ ข้อ = ๑ คะแนน ๒ ข้อ = ๑.๕ คะแนน ๓ ข้อ = ๒ คะแนน
๗	มีมาตรการการขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการพัฒนาในระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ๑. จัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ(นักเรียนชั้น ป.๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๘) ๒. ตรวจสอบการได้ยิน และวัดสายตา ๓. ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ (Care Plan) รายบุคคล ๔. ประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function) ๕. ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ EQ (Emotional Quotient) ๖. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กด้วย Triple – P Plus , Executive Function และกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน รู้ทัน IT ช่วยเหลือตัวเองช่วยงานบ้าน ๗. การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพตำบลเด็กปฐมวัย ๘. สุ่มประเมินเชาว์เด็ก ๙. กิจกรรมส่งเสริมระดับสติปัญญาสติปัญญาเด็ก ๑๐. มีการกำกับ ติดตาม กลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง ๑๑. มีพื้นที่ต้นแบบ/นวัตกรรม การส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย	≤ ๖ ข้อ = ๐ คะแนน ๗ ข้อ = ๒ คะแนน ๘ ข้อ = ๔ คะแนน ๙ ข้อ = ๖ คะแนน ๑๐ ข้อ = ๘ คะแนน ๑๑ ข้อ = ๑๐ คะแนน
๘	มีการจัดทำแผนและแนวทางการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ ๐ – ๖ เดือน และ ๓ – ๕ ปี ( ) ไม่มี ( ) มีการจัดทำแผนและแนวทางการดำเนินงาน ( ) มีการดำเนินงานตามแผนงาน แต่มีผลงานยังไม่ได้ครอบคลุม ( ) มีการดำเนินงานตามแผนงาน และมีผลงานได้ครอบคลุม	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒.๕ คะแนน ๕ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
๙	<p>เด็กทุกคนที่ได้รับการคัดกรอง พบ ภาวะโลหิตจาง ได้การแก้ไขภาวะโลหิตจาง ด้วยการส่งเสริมโภชนาการ และรักษาที่ถูกต้อง</p> <p>( ) ไม่มี</p> <p>( ) ร้อยละ ๑ - ๑๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๑๑ - ๒๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๒๑ - ๓๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๓๑ - ๔๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๔๑ - ๕๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๕๑ - ๖๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๖๑ - ๗๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๗๑ - ๘๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๘๑ - ๙๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๙๑ - ๑๐๐</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๐.๕ คะแนน</p> <p>๑ คะแนน</p> <p>๑.๕ คะแนน</p> <p>๒ คะแนน</p> <p>๒.๕ คะแนน</p> <p>๓ คะแนน</p> <p>๓.๕ คะแนน</p> <p>๔ คะแนน</p> <p>๔.๕ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p>
๑๐	<p>มีผลการดำเนินงานการจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก(ยาน้ำ/ยาเม็ด) ในเด็กกลุ่มอายุ ๖ เดือน ถึง ๕ ปี ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>( ) ไม่มี</p> <p>( ) ร้อยละ ๑ - ๖๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๖๑ - ๗๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๗๑ - ๘๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๘๑ - ๙๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๙๑ - ๑๐๐</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๑ คะแนน</p> <p>๒ คะแนน</p> <p>๓ คะแนน</p> <p>๔ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p>
๑๑	<p>มีการส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กกลุ่มเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปีพ.ศ. ๒๕๖๙ ด้วยคู่มือฝึกเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญา เด็กอายุ ๒-๑๕ ปี</p> <p>( ) ไม่มี</p> <p>( ) ร้อยละ ๑ - ๑๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๑๑ - ๒๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๒๑ - ๓๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๓๑ - ๔๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๔๑ - ๕๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๕๑ - ๖๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๖๑ - ๗๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๗๑ - ๘๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๘๑ - ๙๐</p> <p>( ) ร้อยละ ๙๑ - ๑๐๐</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๒ คะแนน</p> <p>๔ คะแนน</p> <p>๖ คะแนน</p> <p>๘ คะแนน</p> <p>๑๐ คะแนน</p> <p>๑๒ คะแนน</p> <p>๑๔ คะแนน</p> <p>๑๖ คะแนน</p> <p>๑๘ คะแนน</p> <p>๒๐ คะแนน</p>

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
๑๒	มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน และประเมินตนเองตามเกณฑ์การประเมินทุกตำบล ( ) ไม่มี ( ) ร้อยละ ๑ - ๖๐ ( ) ร้อยละ ๖๙ - ๗๐ ( ) ร้อยละ ๗๙ - ๘๐ ( ) ร้อยละ ๘๙ - ๙๐ ( ) ร้อยละ ๙๑ - ๑๐๐	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน ๓ คะแนน ๔ คะแนน ๕ คะแนน

**การประเมินกระบวนการระดับตำบล ๑๕ คะแนน**

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน
๑	มีการขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านกลไกธรรมนูญสุขภาพตำบลเด็กปฐมวัย และมีนโยบายด้านสุขภาวะเด็กปฐมวัยและกลุ่มที่เตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ ครอบคลุม ทุกด้าน (ทางกาย ทางอารมณ์จิตใจ ทางสังคม และทางปัญญา) ( ) ไม่มี ( ) มีการขับเคลื่อนฯ แต่มีนโยบายด้านสุขภาวะเด็กปฐมวัยไม่ครอบคลุม ( ) มีการขับเคลื่อนฯ และมีนโยบายด้านสุขภาวะเด็กปฐมวัยไม่ครอบคลุมครอบคลุม	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน
๒	มีแผนงาน/โครงการการขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย และส่งเสริมสติปัญญาเด็ก (IQ) ระดับอำเภอ ( ) ไม่มี ( ) มีแต่ไม่ยังไม่ดำเนินการ ( ) มีและดำเนินการแล้ว	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน
๓	มีมาตรการการขับเคลื่อนกลไกความร่วมมือการพัฒนากระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) เพื่อเตรียมความพร้อมการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ ๑. จัดทำทะเบียนเด็กกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ(นักเรียนชั้น ป.๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๘) ๒. ตรวจการได้ยิน และวัดสายตา ๓. ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุม ๓ มิติ (Care Plan รายบุคคล) ๔. ประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร EF (Executive Function) ๕. ประเมินความฉลาดทางอารมณ์ EQ (Emotional Quotient)	≤ ๖ ข้อ = ๐ คะแนน ๗ ข้อ = ๑ คะแนน ๘ ข้อ = ๑.๕ คะแนน ๙ ข้อ = ๒ คะแนน ๑๐ ข้อ = ๒.๕ คะแนน ๑๑ ข้อ = ๓ คะแนน

	๖. พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเด็กด้วย Triple – P Plus , Executive Function และกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดูฟัน รู้ทัน IT ช่วยเหลือตัวเองช่วยงานบ้าน ๗. การขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านกลไก ธรรมนูญ สุขภาพตำบลเด็กปฐมวัย ๘. สุ่มประเมินซาร์เว่เล็ก		
ชื่อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	
	๙. กิจกรรมส่งเสริมระดับสติปัญญาสติปัญญาเด็ก ๑๐. มีการกำกับ ติดตาม กลุ่มเป้าหมายเฉพาะอย่างต่อเนื่อง ๑๑. มีพื้นที่ต้นแบบ/นวัตกรรม การส่งเสริมระดับสติปัญญาเด็กปฐมวัย		
๔	มีระบบส่งต่อและติดตามเด็กพบภาวะโลหิตจาง เพื่อแก้ไขภาวะโลหิตจาง ด้วยการส่งเสริมโภชนาการ และรักษาที่ถูกต้อง ๔.๑ มีระบบส่งต่อรักษาที่ถูกต้อง ๔.๒ มีระบบการคืนข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเชื่อมโยง รพ.สต และ CFT ในการดูแลต่อเนื่อง ๔.๓ ติดตามการรักษาและส่งเสริมโภชนาการอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยง ถึงครอบครัว, รพ.สต., และ CFT	๑ ข้อ=๑ คะแนน ๒ ข้อ= ๑.๕ คะแนน ๓ ข้อ= ๒ คะแนน	
๕	มีระบบส่งต่อและติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและ สุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ๕.๑ มีระบบส่งต่อเพื่อเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ๕.๒ มีระบบการคืนข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเชื่อมโยง รพ.สต และ CFT ในการดูแลต่อเนื่อง ๕.๓ ติดตามเด็กพัฒนาการล่าช้าเพื่อกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้ มาตรฐาน	๑ ข้อ= ๑ คะแนน ๒ ข้อ= ๑.๕ คะแนน ๓ ข้อ= ๒ คะแนน	
๖	มีการดำเนินงานขับเคลื่อนตำบลมหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วัน Plus สู่ ๒,๕๐๐ วัน ผ่านตาม เกณฑ์ทุกองค์ประกอบ ( ) ไม่ผ่าน ( ) ผ่าน ๑ องค์ประกอบ ( ) ผ่าน ๒ องค์ประกอบ ( ) ผ่าน ๓ องค์ประกอบ ( ) ผ่าน ๔ องค์ประกอบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน ๑.๕ คะแนน ๒ คะแนน	
๗	ขับเคลื่อนการยกระดับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กแห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔D และประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานฯ ( ) ไม่มี ( ) มี แต่ไม่ครอบคลุมทุกแห่ง ( ) มี ครอบคลุมทุกแห่ง	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

**การประเมินผลลัพธ์ ระดับอำเภอ ๒๐ คะแนน**

๑. เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๗

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑ - ๕๐	๕๑ - ๖๐	๖๑ - ๗๐	๗๑ - ๘๐	๘๑ ขึ้นไป

๒. เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าเข้าถึงบริการพัฒนาการและสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน ร้อยละ ๑๕

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๐.๑ - ๓.๗๕	๓.๗๖ - ๗.๕	๗.๖ - ๑๐.๒๕	๑๐.๒๖ - ๑๔.๘๗	๑๕ ขึ้นไป

๓. ร้อยละ ๘๐ ของเด็กอายุ ๖-๑๒ เดือนและเด็กอายุ ๓-๕ ปี ได้รับการคัดกรองภาวะโลหิตจาง

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑ - ๔๙	๕๐ - ๕๙	๖๐ - ๖๙	๗๐ - ๗๙	๘๐ ขึ้นไป

๔. ร้อยละ ๑๐๐ ของเด็กกลุ่มเป้าหมายที่สำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปี พ.ศ. ๒๕๖๙ (กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ได้รับการเตรียมความพร้อม

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑-๖๐	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	๙๑-๑๐๐

๕. ร้อยละ ๙๐ ของเด็กที่ได้รับการสุ่มประเมินระดับสติปัญญาเด็ก(เขาวัวเล็ก) ที่มีระดับ IQ ต่ำกว่า ๙๐ ได้รับการติดตามส่งเสริมสุขภาพและระดับสติปัญญา

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑-๕๙	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	๙๐ ขึ้นไป

๖. ร้อยละ ๘๐ ของเด็กเป้าหมายสำรวจระดับสติปัญญาในชั้นประถมศึกษา ปีที่ ๑ ปีพ.ศ.๒๕๖๙ ที่มีผลการประเมิน EF (Executive Function) ในระดับ “ควรส่งเสริม” ได้รับการพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (FE)

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑ - ๔๙	๕๗ - ๕๙	๖๐ - ๖๙	๗๐ - ๗๙	๘๐ ขึ้นไป

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

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑-๑๒.๕	๑๒.๖-๒๕	๒๕.๑-๓๗.๕	๓๗.๖-๔๙.๙	๕๐ ขึ้นไป



๘. ร้อยละ ๘๐ ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย  
แห่งชาติ ด้านสุขภาพ ๔D ผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ

คะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒	๒.๕
ผลงาน(ร้อยละ)	๑ - ๔๙	๕๐ - ๕๙	๖๐ - ๖๙	๗๐ - ๗๙	๘๐ ขึ้นไป

	<p>นางจินตนา พลมีศักดิ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒</p> <p>นางสาวราตรี ชายทอง โทรศัพท์ ๐๘๐ ๑๖๒๙๙๔๕</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ตัวชี้วัดที่ ๗. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๔

หน่วยวัด คะแนนผลการประเมินจากระบบ MITAS

(MOPH Integrity and Transparency Assessment System)

ตัวชี้วัด	๗. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๔
คำนิยาม	การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วนภูมิภาค (MOPH Integrity and Transparency Assessment) หรือ MOPH ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ นับเป็นปีที่ ๑๑ ที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ได้นำกรอบการประเมินของสำนักงาน ป.ป.ช. มาประยุกต์ใช้ นำเนื้อหารายละเอียดข้อคำถามในภาพรวมมาสังเคราะห์ปรับปรุงเป็นแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานเป้าหมายให้ความสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลและการให้บริการสาธารณะผ่านระบบสารสนเทศของหน่วยงานเป็นหลัก โดยได้กำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินฯ จำนวน ๙ ตัวชี้วัดประกอบไปด้วย ๑) การเปิดเผยข้อมูล ๒) การจัดซื้อจัดจ้างหรือการจัดหาพัสดุ ๓) การบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ๔) การส่งเสริมความโปร่งใส ๕) การป้องกันการรับสินบน ๖) การป้องกันการใช้ทรัพย์สินของราชการ ๗) การดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต ๘) การป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ ๙) การเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร โดยใช้เครื่องมือในการประเมินฯ ๒ เครื่องมือ ประกอบไปด้วย ๑) แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ๒) ระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม ๒. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล ๓. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรเห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรมและความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้ผู้รับบริการ ประชาชน และสังคม มีส่วนร่วมในการประเมินมากขึ้น
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ ร้อยละ ๙๔
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๑ แห่ง ๒. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๘ แห่ง ๓. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๙ แห่ง รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๘ แห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการประเมินการตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐาน ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณสุข (MOIT) ในระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน จำนวน ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ ไตรมาสที่ ๑ ผ่านเกณฑ์จำนวน ๕ ข้อ (MOIT ๑ – ๕) ครั้งที่ ๒ ไตรมาสที่ ๓ ผ่านเกณฑ์ $\geq$ ร้อยละ ๗๕ (๑๗ ข้อ)
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี ครั้งที่ ๑ ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคม ๒๕๖๗) ครั้งที่ ๒ ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือนมิถุนายน ๒๕๖๘)
วิธีการประเมินผล	หน่วยงานจำนวน ๑๘ แห่ง ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณสุข (MOIT) ในระบบ MITAS บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข
เอกสารสนับสนุน	๑. แบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณสุข (MOPH Open Data integrity and Transparency Assessment : MOIT) ๒. ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) บนเว็บไซต์ศูนย์ปฏิบัติการต่อต้านการทุจริต กระทรวงสาธารณสุข ๓. คู่มือการประเมิน ITA ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลโสธร โรงพยาบาลชุมข่ม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่ง รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๘ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางวราภรณ์ นนท์สามารถ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘ ๙๑๙๐ ๔๘๕๙ นางสุกัญญา คำพัฒน์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ ๐๘ ๔๔๒๙ ๙๖๙๖ นางสาวปาริสุทธิ์ วิศิษฐ์ผจญชัย ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ ๐๙ ๗๙๔๒ ๙๙๓๒

## ประเด็น RANKING PCU/NPCU

### ตัวชี้วัดที่ ๘ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตัวชี้วัด	<p>๘. หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐</p>
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p><b>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว</b> หมายความว่า แพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p><b>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ</b> หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ และให้หมายความรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p><b>บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</b></p> <p>(๑) บริการสุขภาพอย่างองค์รวม แต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อน การปลูกถ่ายอวัยวะ และการผ่าตัด ยกเว้น การผ่าตัดขนาดเล็กซึ่งสามารถฉีดยาเฉพาะที่</p> <p>(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรก ครอบคลุมทุกระบวนกรสาธารณสุข ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยใน การคลอด และการปฏิบัติการฉุกเฉิน ยกเว้น กรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(๓) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็กวัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ จนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(๔) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์แผนไทย หรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(๕) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจน คำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อ</p> <p>(๖) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว ตลอดจนอาจสามารถร่วมตัดสินใจในการวางแผนการดูแลสุขภาพร่วมกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิได้</p> <p>(๗) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน</p>

	<p>ทั้งนี้ ให้หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีการดำเนินงานประกอบด้วย</p> <p>๑. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์คุณภาพบริการ ตาม คู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๘-๒๕๗๐ ใน ๘ ส่วนประกอบด้วย</p> <p>ส่วนที่ ๑ ด้านระบบบริหารจัดการ</p> <p>ส่วนที่ ๒ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ</p> <p>ส่วนที่ ๓ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม</p> <p>ส่วนที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศ</p> <p>ส่วนที่ ๕ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>ส่วนที่ ๖ ด้านระบบห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข</p> <p>ส่วนที่ ๗ ด้านการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ (คปส.)</p> <p>ส่วนที่ ๘ ด้านระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ</p> <p>ผ่านการประเมินของคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการบริการสุขภาพปฐมภูมิจังหวัด (คปคม.)</p> <p>๒. หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คัดเลือกการดำเนินงานที่สอดคล้องกับปัญหาอุปสรรคในพื้นที่ อย่างน้อย ๑ ประเด็น เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม มีการเชื่อมโยงข้อมูล แพทย์คู่ประชาชน มีการบันทึกข้อมูลบริการปฐมภูมิ เพื่อส่งผลให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลต่อไป</p> <p>๓. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการให้บริการ</p>
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>- เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ดูแลตนเองและครอบครัว เบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม และเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิบนแพลตฟอร์มออนไลน์</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>	<p>๑. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ สะสม) จำนวน ๑๐ คณะ</p> <p>๒. จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และรับรอง โดย คปคม.จังหวัดยโสธร จำนวน ๕ คณะ</p> <p>๓. ผลลัพธ์การจัดบริการโดยใช้เทคโนโลยี : การลงทะเบียนใช้งาน สอน.บัดดี้ จำนวน ๕ คณะ</p>
<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ, ประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการ</p>
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>- ระบบขึ้นทะเบียนกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>- ระบบข้อมูลและมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCUstandard.moph.go.th)</p>

เกณฑ์การให้คะแนน	<p>น้ำหนักคะแนนรวม ๒๐ คะแนน แบ่งเป็น</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ข้อมูลจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสะสม) (จำนวน ๑๐ คะแนน)</li> <li>จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และรับรองโดย คปคม.จังหวัด (จำนวน ๕ คะแนน)</li> <li>ผลลัพธ์การจัดบริการโดยใช้เทคโนโลยี : การลงทะเบียนใช้งาน สอน.บัดดี้ (จำนวน ๕ คะแนน)</li> </ol>
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี (ประเมินในรอบที่ ๒)
วิธีการประเมินผล	- ลงพื้นที่ประเมินตามรายละเอียดตัวชี้วัด และสรุปรายงานตามองค์ประกอบของคะแนน
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> <li>คู่มือการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ</li> <li>คู่มือการใช้งานโปรแกรม PCU Standard ของ กสป.</li> </ol>
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายรัฐพล อินทวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๘๑ ๕๔๗ ๙๗๑๒</p> <p>นายพิบูลย์ พิมพ์จำปา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๐ ๖๑๘ ๒๐๖๕</p>

## ประเด็น RANKING NCDs ดีได้ ด้วย กลไก อสม.

ตัวชี้วัดที่ ๙ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (NCDs ดีได้ ด้วย กลไก อสม.)

<p><b>ตัวชี้วัด</b></p> <p>๙.๑</p> <p>๙.๒</p>	<p>๑. หมอคนที่ ๑ มีการใช้งาน Application Smart อสม. ในการสำรวจคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป</p> <p>๒. หมอคนที่ ๑ มีการใช้ Application Smart อสม. ประเมินตนเองในการนับคาร์บ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๓. อสม.แนะนำประชาชนนับคาร์บ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๔. สุ่มถามประชาชนหลังคาเรือนในพื้นที่ เรื่องการแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (จำนวน ๕ หลังคาเรือน)</p> <p>๕. มีทะเบียน อสค. กลุ่มดูแลผู้ป่วย NCDs ทุกหลังคาเรือน</p> <p>๖. การเยี่ยมบ้าน อสม.และเจ้าหน้าที่ สำหรับกลุ่มผู้ป่วย NCDs และการให้สุขศึกษาในคลินิก NCDs</p> <p>๗. มีกิจกรรมรณรงค์ หรือโครงการแก้ไขปัญหา NCDs ในชุมชน</p>
<p><b>คำนิยาม</b></p>	<p><b>ประชาชน หมายถึง</b> จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ อายุ ๓๕ ปีขึ้นไป (ข้อมูลประชากรจาก สำนักบริหารงานทะเบียน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)</p> <p><b>อสค. หมายถึง</b> ประชาชนผู้ดูแลกลุ่มป่วยโรค NCDs ซึ่งไม่ใช่ อสม. กรณีผู้ป่วยไม่มีญาติให้เพื่อนบ้านหรือประชาชนใกล้เคียงเป็น อสค. ดูแล ขึ้นทะเบียนโดยมีแฟ้มบันทึกทะเบียนมีรายชื่อชัดเจนของ อสค.</p> <p><b>การนับคาร์บ หมายถึง</b> การคำนวณการกินคาร์โบไฮเดรตต่อวันของผู้รับการคัดกรอง</p> <p><b>การเยี่ยมบ้าน หมายถึง</b> การติดตามเยี่ยมการกินยา การปรับพฤติกรรมกลุ่มป่วย และติดตามการบริโภคคาร์บในกลุ่มเสี่ยงฯ</p> <p><b>กิจกรรมรณรงค์ หมายถึง</b> กิจกรรมที่มีการประชาสัมพันธ์เป็นรูปธรรมในพื้นที่และประชาชนได้รับการสื่อสารจากการรณรงค์</p> <p>เกี่ยวกับโรคNCDs</p> <p><b>หมอคนที่ ๑ หมายถึง</b> อสม.ในพื้นที่หน่วยบริการนั้น ๆ</p> <p><b>การคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง</b> การคัดกรองประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในแอปพลิเคชันสมาร์ท อสม.</p>
<p><b>วัตถุประสงค์</b></p>	<p>เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและสามารถประเมินความเสี่ยงและนับคาร์บ รู้จักการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ดูแล เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม โดยเน้นหนักที่เรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p>
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย</b></p>	<p>๑. หมอคนที่ ๑ มีการใช้งาน Application Smart อสม. ในการสำรวจคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป</p> <p>๒. หมอคนที่ ๑ มีการใช้ Application Smart อสม. ประเมินตนเองในการนับคาร์บ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๓. และอสม.ในการชวนประชาชนนับคาร์บ ร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๔. สุ่มถามประชาชนหลังคาเรือนในพื้นที่ เรื่องการแนะนำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (จำนวน ๕ หลังคาเรือน)</p>

	<p>๕. มีทะเบียน อสค. กลุ่มดูแลผู้ป่วย NCDs ทุกหลังคาเรือน</p> <p>๖. การเยี่ยมบ้าน อสม.และเจ้าหน้าที่ สำหรับกลุ่มป่วย NCDs และการให้สุศึกษาในคลินิก NCDs</p> <p>๗. มีกิจกรรมรณรงค์ หรือโครงการแก้ไขปัญหา NCDs ในชุมชน</p>
<b>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</b>	จำนวนประชาชนและอสม.อยู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หนึ่งตำบลเป้าหมายของอำเภอ
<b>วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล</b>	<p>๑. จาก Application Smart อสม.</p> <p>๒. รายงานการประชุมกิจกรรมประจำเดือนอสม.</p> <p>๓. สมุดบันทึกติดตามเยี่ยมบ้านของอสม.</p> <p>๔. ภาพกิจกรรมการรณรงค์</p> <p>๕. แพ้มทะเบียน อสค.ที่ดูแล NCDs</p> <p>๖. โครงการแก้ไขปัญหาโรคNCDs</p> <p>๗. การสัมภาษณ์ประชาชนอายุ ๓๕ ปี อสค, และอสม.</p>
<b>เกณฑ์การให้ คะแนน</b>	<p><b>คะแนนเต็ม ๖๐ คะแนน</b></p> <p>๑. หมอคนที่ ๑ มีการใช้งาน Application Smart อสม. ในการสำรวจคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป คะแนนเต็ม ๕</p> <p>๒. หมอคนที่ ๑ มีการใช้ Application Smart อสม. ประเมินตนเองในการนับคาร์บ ร้อยละ ๑๐๐ คะแนนเต็ม ๕</p> <p>๓. และอสม.ในการชวนประชาชนนับคาร์บ ร้อยละ ๑๐๐ คะแนนเต็ม ๑๐</p> <p>๓. ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ตอบคำถามการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ ๕ หลังคาเรือน คะแนนเต็ม ๕</p> <p>๔. มีทะเบียนการบันทึกข้อมูล อสค.โดยมีจำนวน อสค.เท่ากับจำนวนผู้ป่วย NCDs ในพื้นที่ คะแนนเต็ม ๕</p> <p>๕. สมุดบันทึกอสม.ในพื้นที่ มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย NCDs ต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง คะแนนเต็ม ๑๐</p> <p>๖. มีแผนงานโครงการหรือวิจัยแก้ไขปัญหาโรค NCDs ในพื้นที่ คะแนนเต็ม ๕</p> <p>๗. มีกิจกรรมสื่อสาร รณรงค์ การนับคาร์บหรือการป้องกันโรค NCDs ในพื้นที่ คะแนนเต็ม ๑๐</p>
<b>ระยะเวลา ประเมิน</b>	๑ ครั้ง/ปี
<b>วิธีการ ประเมินผล</b>	- ลงพื้นที่ประเมินตามรายละเอียดตัวชี้วัดและสรุปรายงานตามองค์ประกอบของการคิณน้ำหนัคะแนน
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<p>๑. คู่มือการใช้โปรแกรม SMART อสม.</p> <p>๒. ฐานข้อมูล HDC</p> <p>๓. ทะเบียนแพ้มอสม.</p> <p>๔. สมุดบันทึกเยี่ยมบ้าน อสม.</p> <p>๓. โครงการและรายงานรวมถึงภาพกิจกรรม</p>
<b>หน่วยงานที่รับ การประเมิน</b>	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นเป้าหมาย



ผู้ให้ข้อมูล วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายรัฐพล อินทริวิชัย	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	โทรศัพท์ ๐๘๑
	๕๔๗๙๗๑๒			
	นายชิตณรงค์ เชื้อบัณฑิต	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ	โทรศัพท์ ๐๙๐
	๓๗๕๗๒๑๘			
	นางสาวสวีนีย์ สิทธิสาร	ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุข	โทรศัพท์ ๐๙๐
	๒๕๘๘๗๑๘			

## เกณฑ์ RANKING ระบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพ

### ตัวชี้วัด : ระบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพ

ตัวชี้วัด	๙.๓ ผู้ป่วยในชุมชนได้รับการเยี่ยมบ้านตามเกณฑ์การเยี่ยมบ้านคุณภาพ โรค Stroke
คำนิยาม	<p>การเยี่ยมบ้านคุณภาพ หมายถึง การเยี่ยมบ้านที่มีกระบวนการ ดังนี้</p> <p><b>Input</b> ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ระบบงานที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้าน</li> <li>๒. ทีมเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็นเกณฑ์ย่อย ๔ ประเด็น คือ             <ol style="list-style-type: none"> <li>๒.๑ ทีมเยี่ยมบ้านของสถานบริการปฐมภูมิ</li> <li>๒.๒ การทำงานเป็นทีม (ทั้งภายในและภายนอก)</li> <li>๒.๓ สมรรถนะของทีมเยี่ยมบ้าน</li> <li>๒.๔ การสร้างการมีส่วนร่วม</li> </ol> </li> <li>๓. ปัจจัยสนับสนุนการจัดบริการ ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้</li> </ol> <p><b>Process</b> ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. งานบริการเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็นเกณฑ์ย่อย ๓ ประเด็น คือ             <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.๑ กลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้าน</li> <li>๑.๒ กระบวนการเยี่ยมบ้าน</li> <li>๑.๓ กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน</li> </ol> </li> <li>๒. ระบบการดูแลต่อเนื่อง แบ่งเป็นเกณฑ์ย่อย ๔ ประเด็น คือ             <ol style="list-style-type: none"> <li>๒.๑ การประสานการดูแลต่อเนื่อง</li> <li>๒.๒ ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC)</li> <li>๒.๓ การเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ</li> <li>๒.๔ การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Output/Outcome</b> ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. ตัวชี้วัดผลลัพธ์การเยี่ยมบ้าน แบ่งเป็นตัวชี้วัดย่อย ๔ ประเด็น คือ             <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.๑ ผลการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน</li> <li>๑.๒ คุณภาพการเยี่ยมบ้าน</li> <li>๑.๓ ประสิทธิภาพของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน</li> <li>๑.๔ ประสิทธิภาพการดูแลที่ไร้รอยต่อ</li> </ol> </li> </ol>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้</li> <li>๒. เพื่อให้ญาติรู้วิธีในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่บ้านและร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย ส่งเสริมการมีส่วนร่วมการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว ชุมชนหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ในการดูแลผู้ป่วย</li> <li>๓. เพื่อให้สามารถประเมินทั้งโรค(Disease) และความเจ็บป่วย (Illness) ได้อย่างถูกต้องครอบคลุม</li> <li>๔. เพื่อให้ทำความรู้จักและสานต่อความสัมพันธ์ อันดีกับผู้ป่วยและญาติในระยะยาว</li> <li>๕. เพื่อให้สามารถประเมินภาวะความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อสุขภาพของครอบครัวนั้น ๆ และหาแนวทางที่จะลดความเสี่ยงต่าง ๆ</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช.ได้รับการเยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน ร้อยละ ๑๐๐</li> <li>๒. อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุมภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ร้อยละ ๘๐</li> </ol>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยในชุมชนที่เข้าเกณฑ์ในการเยี่ยมบ้านคุณภาพ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เอกสารตามเกณฑ์</li> <li>๒. การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่</li> <li>๓. สอบถามผู้ป่วยในชุมชน</li> </ol>

<b>เกณฑ์การให้คะแนน</b>	<p>คะแนนที่ประเมินได้รวมทุกข้อแล้วนำมาเทียบระดับคะแนน ดังนี้</p> <p>คะแนน ได้ ๑ - ๓๐ คะแนน ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ ๑</p> <p>คะแนน ได้ ๓๑ - ๔๐ คะแนน ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ ๒</p> <p>คะแนน ได้ ๔๑ - ๕๕ คะแนน ผ่านเกณฑ์เยี่ยมบ้าน ระดับ ๓</p> <p>ระดับ ๑ : อยู่ในระดับเริ่มต้นของการพัฒนา ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาและการปฏิบัติตามเกณฑ์เยี่ยมบ้าน เพื่อให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบ</p> <p>ระดับ ๒ : การพัฒนา มีความสมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบเป็นส่วนใหญ่ แต่ยังมีประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม เพื่อให้สมบูรณ์ตามเกณฑ์ต้นแบบ</p> <p>ระดับ ๓ : มีการพัฒนาและการปฏิบัติตามเกณฑ์เยี่ยมบ้านครบถ้วนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิต้นแบบการเยี่ยมบ้าน</p>
<b>ระยะเวลาประเมิน</b>	<p>๑ ครั้ง/ปี</p>
<b>วิธีการประเมินผล</b>	<p>ลงพื้นที่ประเมินตามรายละเอียดตัวชี้วัดและสรุปรายงานตามองค์ประกอบของการคิณน้ำหนักระดับคะแนน</p>
<b>เอกสารสนับสนุน</b>	<p>๑. แบบประเมินการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (ระบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพ)</p> <p>๒. เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
<b>หน่วยงานที่รับการประเมิน</b>	<p>โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นเป้าหมาย</p>
<b>ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	<p>นายรัฐพล อินทวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๕๔๗๙๗๑๒</p> <p>นางณภมณ มีธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๗๙๐๒๓๗๗</p> <p>นางสาวณัฐพร ประสงค์ศิลป์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๘ - ๔๘๓๘๒๒๑</p>

## ประเด็น RANKING ดูแลต่อเนื่อง ด้วย สอน.บัดดี

ตัวชี้วัด : ผู้ป่วย NCDs ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม สอน.บัดดี

ตัวชี้วัด	๙.๔ ผู้ป่วย NCDs ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม สอน.บัดดี ร้อยละ ๘๐
คำนิยาม	<p>๑. ผู้ป่วย NCDs (Non-Communicable Diseases) กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรค และไม่สามารถติดต่อกันได้ แม้มีการสัมผัส คลุกคลี หรือมีการสัมผัสกับสารคัดหลั่งต่างๆ แต่เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรม การดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินของโรคอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการไปเรื่อย ๆ อย่างต่อเนื่องจนทวีความรุนแรง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วจะเกิดการเรื้อรังของโรคตามมาด้วย ถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและทันเวลา จะส่งผลกระทบต่ออาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว และพบว่าผู้ป่วยจำนวนมากเสียชีวิตด้วยโรคกลุ่มนี้</p> <p>๒. สอน.บัดดี หรือ Buddy Care เป็นโปรแกรมเยี่ยมบ้าน ออกแบบมาให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Service) หรือให้บริการเชิงรุกแก่ประชาชน ๖ กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ใช้สารเสพติด การดูแลระยะกลาง การดูแลระยะยาว การดูแลแบบประคับประคอง และการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มทารก เด็ก และมารดาหลังคลอด มีการเชื่อมโยงระบบส่งต่อผู้ป่วยจากการเยี่ยมบ้านผ่าน “Smart Refer” ซึ่งพัฒนาโดยเขตสุขภาพที่ ๑๐ ทำให้โรงพยาบาลสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้ รพ.สต./สอน.ในเครือข่ายได้อัตโนมัติ และรพ.สต./สอน. ทราบรายการผู้ป่วยที่ถูกส่งมา สามารถออกไปให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ทันที”</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้ป่วย NCDs ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน</li> <li>2. เพื่อเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการใช้โปรแกรม สอน.บัดดี</li> <li>3. เพื่อเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน</li> <li>4. เพื่อสร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วย NCDs ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม สอน.บัดดี ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย NCDs ในชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> <li>๑. เอกสารตามเกณฑ์</li> <li>๒. การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่</li> <li>๓. สอบถามผู้ป่วยในชุมชน</li> </ol>
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>คะแนนที่ประเมินได้รวมทุกข้อแล้วนำมาเทียบระดับคะแนน ดังนี้</p> <p><b>น้ำหนักคะแนนรวม ๑๐๐ แบ่งเป็น</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. มีข้อมูลนำเข้ากลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย NCDs ที่ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม สอน.บัดดี (น้ำหนักคะแนน ๒๐)</li> <li>๒. มีการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ในการดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม สอน.บัดดี (น้ำหนักคะแนน ๒๐)</li> <li>๓. มีการตอบรับผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ในการดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม สอน.บัดดี (น้ำหนักคะแนน ๑๐)</li> <li>๔. มีแผนการดูแล (ส่งต่อ/ติดตามต่อ/ไม่ติดตามต่อ) (น้ำหนักคะแนน ๒๐)</li> <li>๕. สรุบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ในการดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม สอน.บัดดี (น้ำหนักคะแนน ๓๐)</li> </ol>

ระยะเวลา ประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการ ประเมินผล	ลงพื้นที่ประเมินตามรายละเอียดตัวชี้วัดและสรุปรายงานตามองค์ประกอบของการคิณ้าหน้ากคะแนน
เอกสาร สนับสนุน	๑. แบบประเมินการพัฒนาระบบบริการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม สอน.บัดดี ในผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ๒. ข้อมูลในโปรแกรม สอน.บัดดี Web Application <a href="https://buddy-care.org/auth">https://buddy-care.org/auth</a> ๓. HDC Report
หน่วยงานที่รับ การประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่เป็นเป้าหมาย
ผู้ให้ข้อมูล วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายรัฐพล อินทวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๕๔๗๙๗๑๒ นางณกมล มีธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๗๙๐๒๓๗๗ นางสาวณัฐพร ประสงค์ศิลป์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๘ - ๔๘๓๘๒๒๑

**ประเด็น RANKING ระบบบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ**  
**ตัวชี้วัด : โรงพยาบาลในจังหวัดยโสธรผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทาง**  
**ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล**  
**(RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด**

<b>ตัวชี้วัด</b>	๑๐.๑ โรงพยาบาลในจังหวัดยโสธรผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด มากกว่าร้อยละ ๒๐
<b>คำนิยาม</b>	๑. การตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) หมายถึง การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพและถูกต้อง โดยเลือกใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างเหมาะสมในการคัดกรอง การวินิจฉัย การติดตามผลการรักษาและพยากรณ์โรค โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ๒. โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU region public health) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ ของโรงพยาบาลในแต่ละจังหวัด
<b>วัตถุประสงค์</b>	๑. เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาาระบบสุขภาพให้มีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล ในระดับจังหวัด ๒. เพื่อส่งเสริมการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล
<b>เกณฑ์เป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลในจังหวัดยโสธรผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด มากกว่าร้อยละ ๒๐
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดยโสธร
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	๑. เอกสารตามเกณฑ์ ๒. การสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่
<b>เกณฑ์การให้คะแนน</b>	คะแนนที่ประเมินได้รวมทุกข้อแล้วนำมาเทียบระดับคะแนน ดังนี้ <b>น้ำหนักคะแนนรวม ๑๐๐ แบ่งเป็น</b> <b>บันไดขั้นที่ ๑ กรรมการ RLU (น้ำหนักคะแนน ๒๐)</b> ๑.๑ แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr. RLU หรือ RLU coordinator ฯลฯ) ๑.๒ จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital ที่ลงนามโดยผ.รพ. <b>บันไดขั้นที่ ๒ วิเคราะห์ข้อมูล (น้ำหนักคะแนน ๒๐)</b> ๒.๑ วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการส่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) <b>บันไดขั้นที่ ๓ กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization (น้ำหนักคะแนน ๒๐)</b>

	<p>๓.๑ กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization <u>บันไดขั้นที่ ๔ การประเมินผล</u> (น้ำหนักคะแนน ๔๐)</p> <p>๔.๑ มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)</p>
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	ลงพื้นที่ประเมินตามรายละเอียดตัวชี้วัดและสรุปรายงานตามองค์ประกอบของการคิदनน้ำหนักคะแนน
เอกสารสนับสนุน	<p>๑. แบบประเมินการพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital)</p> <p>๒. คู่มือแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU) <a href="https://rluthailand.com/">https://rluthailand.com/</a></p>
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง ที่เป็นเป้าหมาย
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	<p>นายรัฐพล อินทวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๕๔๗๙๗๑๒</p> <p>นางณกมล มีธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๑ - ๗๙๐๒๓๗๗</p> <p>นางสาวณัฐพร ประสงค์ศิลป์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๘ - ๔๘๓๘๒๒๑</p>

**ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA<sub>1c</sub>**  
**กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร**  
**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘**

ตัวชี้วัด	<p>๑๐.๒ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA<sub>1c</sub> ซ้ำภายใน ๙๐ วัน น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ (น้ำหนักคะแนน =๓๐)</p> <p>๑๐.๓ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA<sub>1c</sub> อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มากกว่าร้อยละ ๗๐ (น้ำหนักคะแนน =๓๐)</p>
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (รหัส ICD-๑๐ : E๑๐-๑๔) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการ/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด และได้รับการตรวจติดตามด้วย HbA<sub>1c</sub> ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Hemoglobin A<sub>1c</sub>; HbA<sub>1c</sub>) ซ้ำภายใน ๙๐ วัน ไม่เกินร้อยละ ๑๐ เพื่อเป็นการลดการส่งตรวจซ้ำที่เกินความจำเป็นในอีกทางหนึ่ง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานควรได้รับการตรวจ HbA<sub>1c</sub> อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง มากกว่าร้อยละ ๗๐ เพื่อเป็นการติดตามการตรวจที่เหมาะสมไม่น้อยเกินไปและเป็นประโยชน์กับสุขภาพของผู้ป่วย</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA<sub>1c</sub> ซ้ำภายใน ๙๐ วัน &lt;ร้อยละ ๑๐</p> <p>๒. ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจ HbA<sub>1c</sub> อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง &gt;ร้อยละ ๗๐</p>
กลุ่มเป้าหมาย	<p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓)          : ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = E๑๐-E๑๔</p>
วิธีการจัดเก็บ	<p>-บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud</p>
แหล่งข้อมูล	<p>-รายงานตามระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร</p> <p>-รายงาน Cockpit สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร</p>
การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)	<p>จากคะแนนที่ได้</p>



## เกณฑ์การให้คะแนน

คะแนน/ตัวชี้วัด	๑	๒	๓	๔	๕
ข้อ ๑	>๑๒.๐	๑๐.๐- ๑๑.๙	๘.๐-๙.๙	๖.๐-๗.๙	≤ ๖
ข้อ ๒	< ๖๐	๖๐ - ๖๙	๗๐ - ๗๙	๘๐ - ๘๙	>๙๐

หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน

หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
วิธีการรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking ประจำปี ๒๕๖๘ -รายงานตามระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
ชื่อ-สกุล : นางสาวศรี มุลสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : ๐๙๕ - ๒๕๓๙๓๙๑
โทร : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓ ต่อ ๑๒๙	โทรสาร : ๐๔๕ - ๗๑๑๓๒๔ e-mail : <a href="mailto:songsri.m@gmail.com">songsri.m@gmail.com</a>

**ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี**  
**กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร**  
**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘**

ตัวชี้วัด	๑๑. ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าร้อยละ ๕๐ (น้ำหนักคะแนน =๓๐)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p><b>ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</b>หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘</p> <p><b>*หมายเหตุ :</b> รหัส ICD๑๐ ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I๒๐-I๒๕</li> <li>๒. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I๕๐</li> <li>๓. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I๖๐-I๖๙</li> <li>๔. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔-๕ N๑๘.๔-N๑๘.๕</li> <li>๕. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิด ต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑</li> </ol>
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๕๐
กลุ่มเป้าหมาย	<p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓)</p> <p>: ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = E๑๐-E๑๔</p> <p>-เครือข่ายบริการระดับอำเภอ</p>
วิธีการจัดเก็บ	<p>-บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU</p> <p>-กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายระดับอำเภอ</p>
แหล่งข้อมูล	<p>-รายงานตามระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร</p> <p>-เอกสารตามเกณฑ์การประเมิน</p>

การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้				
เกณฑ์การให้คะแนน					
น้ำหนัก/คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
๑๐๐ คะแนน	< ๓๐	๓๐ - ๔๙	๕๐ - ๖๙	๗๐ - ๘๙	>๙๐
หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน					
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ				
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking ประจำปี ๒๕๖๘				
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
ชื่อ-สกุล : นางสงศรี มุขสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : ๐๙๕ - ๒๕๓๙๓๙๑				
โทร : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓ ต่อ ๑๒๙	โทรสาร : ๐๔๕ - ๗๑๑๓๒๔ e-mail : songsri.m@gmail.com				

**ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ DM Remission**  
**กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร**  
**ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘**

ตัวชี้วัด	๑๒. ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ DM Remission ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๕ (น้ำหนักคะแนน = ๓๐)
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ DM Remission คือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ ๒ ในผู้ใหญ่อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ให้เข้าสู่ โรคเบาหวานระยะสงบ (Diabetes remission) ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน และคงอยู่อย่างน้อย ๓ เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด</p> <p><b>วัตถุประสงค์เพื่อขับเคลื่อนโรงเรียนเบาหวาน เพื่อมุ่งเป้าหมายสู่ "เบาหวานระยะสงบ" หรือ DM Remission เป็นการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม โดยไม่ต้องพึ่งพาการใช้ยาหรืออินซูลิน ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการปรับพฤติกรรมอย่างเข้มข้นโดยทีมสหวิชาชีพ เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดี “เบาหวาน หายได้ที่ยโสธร”</b></p>
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๕
กลุ่มเป้าหมาย	<p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓)</p> <p>: ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = E๑๐-E๑๔</p> <p>-เครือข่ายบริการระดับอำเภอ</p>
วิธีการจัดเก็บ	<p>-บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU และผ่านระบบรายงาน DM Remission จังหวัดยโสธร (ผ่าน Google sheet)</p> <p>-กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายระดับอำเภอ</p>
แหล่งข้อมูล	<p>-รายงานตามระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร</p> <p>-รายงาน DM Remission จังหวัดยโสธร (ผ่าน Google sheet)</p> <p>-เอกสารตามเกณฑ์การประเมิน</p>

การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้				
เกณฑ์การให้คะแนน					
คะแนน/น้ำหนัก	๑	๒	๓	๔	๕
๒๐๐ คะแนน	< ๑๒๐	๑๒๐ - ๑๓๙	๑๔๐ - ๑๕๙	๑๖๐- ๑๗๙	>๑๘๐
หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน					
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ				
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking ประจำปี ๒๕๖๘				
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
ชื่อ-สกุล : นางสาว มุลสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : ๐๙๕ - ๒๕๓๙๓๙๑				
โทร : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓ ต่อ ๑๒๙	โทรสาร : ๐๔๕ - ๗๑๑๓๒๔		e-mail : <a href="mailto:songsri.m@gmail.com">songsri.m@gmail.com</a>		

**รายละเอียดการประเมิน Ranking**  
**การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)**  
**กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร**  
**ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘**

ตัวชี้วัด	๑๓. อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐ - I๖๙)
คำนิยาม	<p><b>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</b> หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาใน โรงพยาบาล (admit) นานตั้งแต่ ๔ ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)</p> <p><b>การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</b> หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)</p> <p><b>การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง</b> หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)</p> <p><b>ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)</b> หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <p>๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐-E๑๔ ร่วมกับ I๖๐-I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)</p> <p>๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐-I๑๕ ยกเว้น รหัส I๑๑.๐-I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒, I๑๓.๙ และรหัส I๑๐-I๑๕ ร่วมกับ I๖๐-I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)</p> <p><b>ผู้ที่มีความเสี่ยง CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ระดับสูงมาก</b> หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ และได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒</p> <p><b>ผู้ที่มีความเสี่ยง CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ได้รับการติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</b>หมายถึง ผู้ที่ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และได้รับการติดตามมีผลการประเมิน CVD Risk ในไตรมาส ๓,๔</p> <p><b>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน</b> หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง รหัส ICD-๑๐ (I๖๓) และได้รับการขึ้นทะเบียนมารับบริการที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (TYPE AREA ๑ และ ๓)</p> <p><b>สูบบุหรี่</b> หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ไม่ว่าจะเป็นการสูบแบบครั้งคราวหรือเป็นประจำทุกวัน</p> <p><b>การเลิกบุหรี่สำเร็จ</b> หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ที่สามารถติดตามและผลพบว่าไม่สูบบุหรี่แล้วในระยะเวลา ๖ เดือน</p>

	<p><b>Stroke Unit</b> หมายถึง หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย ๓ ส่วนหลัก</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. สถานที่เฉพาะไม่น้อยกว่า ๔ เตียง</li> <li>๒. ทีมสหวิชาชีพ ที่มีความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง</li> <li>๓. มีแผนการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง (Care map) และแผนการให้ความรู้ที่จัดเตรียมไว้ แล้ว โดยผ่านการประชุมของทีมสหวิชาชีพของสถานพยาบาลนั้น ๆ</li> </ol>												
<b>วัตถุประสงค์</b>	ลดอัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล												
<b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓)</p> <p>-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke :I๖๐-I๖๙)</p> <p>- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๖๓) ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด</p> <p>- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล</p> <p><b>หมายเหตุ:</b> ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (type area ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area ๓) และPERSON.DISCHARGE="๙"(ไม่จำหน่าย)PERSON.NATION="๐๙๙"(สัญชาติไทย)</p>												
<b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b>	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU หรือเวชระเบียน												
<b>แหล่งข้อมูล</b>	๔๓ แฟ้ม ระบบHDC และ Cockpit สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ข้อมูลจาก เวชระเบียน												
<b>การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)</b>	<p>ผลรวมจากคะแนนที่ได้ คะแนนเต็ม ๒๕ คะแนน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐ - I๖๙) คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน</li> <li>๒.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) คะแนนเต็ม ๑๕ คะแนน</li> </ol>												
<p><b>เกณฑ์การให้คะแนน</b></p> <p>๑.อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke : I๖๐ - I๖๙) &lt; ร้อยละ ๗</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><b>ระดับคะแนน</b></td> <td><b>๖</b></td> <td><b>๗</b></td> <td><b>๘</b></td> <td><b>๙</b></td> <td><b>๑๐</b></td> </tr> <tr> <td><b>ร้อยละ</b></td> <td><b>≥๗</b></td> <td><b>๖-๖.๙๙</b></td> <td><b>๕-๕.๙๙</b></td> <td><b>๔-๔.๙๙</b></td> <td><b>&lt;๔</b></td> </tr> </table> <p>๒.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE)</p> $\frac{\text{คะแนนประเมินระดับความสำเร็จที่ได้ (A)} \times ๑๕}{\text{คะแนนเต็ม (B)}} = \text{คะแนนระดับความสำเร็จ}$ <p><b>หมายเหตุ</b> รายละเอียดตามแบบประเมิน</p>		<b>ระดับคะแนน</b>	<b>๖</b>	<b>๗</b>	<b>๘</b>	<b>๙</b>	<b>๑๐</b>	<b>ร้อยละ</b>	<b>≥๗</b>	<b>๖-๖.๙๙</b>	<b>๕-๕.๙๙</b>	<b>๔-๔.๙๙</b>	<b>&lt;๔</b>
<b>ระดับคะแนน</b>	<b>๖</b>	<b>๗</b>	<b>๘</b>	<b>๙</b>	<b>๑๐</b>								
<b>ร้อยละ</b>	<b>≥๗</b>	<b>๖-๖.๙๙</b>	<b>๕-๕.๙๙</b>	<b>๔-๔.๙๙</b>	<b>&lt;๔</b>								

หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพพระดั่งอำเภอ / รพ.สต.
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
ชื่อ-สกุล : นางสมกิจ ลากวงษ์	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	มือถือ : ๐๘๙ - ๒๘๐๑๓๙๘
โทร : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓ ต่อ ๑๓๔	โทรสาร : ๐๔๕ - ๗๑๑๓๒๔ e-mail : somkit_lak@yahoo.com



**รายละเอียดการประเมิน Ranking**  
**การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI**  
**กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร**  
**ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘**

ตัวชี้วัด	๑๔. อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI
คำนิยาม	<p>โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction)</p> <p><b>อัตราตายในผู้ป่วย STEMI</b></p> <p>๑.ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น ๑ visit)</p> <p>๒.การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p><b>ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) ที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า</b> หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่</p> <p>๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐-E๑๔ ร่วมกับ I๖๐-I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)</p> <p>๒. รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐-I๑๕ ยกเว้น รหัส I๑๑.๐-I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒, I๑๓.๙ และรหัส I๑๐-I๑๕ ร่วมกับ I๖๐-I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)</p> <p><b>ผู้ที่มีความเสี่ยง CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ระดับสูงมาก หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ และรับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด(CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า ที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒</b></p> <p><b>ผู้ที่มีความเสี่ยง CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ได้รับการติดตามและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหมายถึง ผู้ที่ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ในช่วงไตรมาส ๑, ๒ และได้รับการติดตามมีผลการประเมิน CVD Risk ในไตรมาส ๓,๔</b></p> <p><b>สูบบุหรี่</b> หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่หรือบุหรี่ไฟฟ้าหรือผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ไม่ว่าจะเป็นการสูบบแบบครั้งคราวหรือเป็นประจำทุกวัน</p> <p><b>การเลิกบุหรี่สำเร็จ</b> หมายถึง ผู้สูบบุหรี่ที่สามารถติดตามและผลพบว่าไม่สูบบุหรี่แล้วในระยะเวลา ๖ เดือน</p> <p>การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง</p> <p><b>ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที</b> นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล</p>

	<p>การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง</p> <p>-ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล</p>												
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓)</p> <p>-ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่</p> <p>-ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO I๒๑.๐-I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล</p> <p>-ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐- WHO I๒๑.๐-I๒๑.๓ ทั้งหมด</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบ และอยู่จริง (type area ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (type area ๓) และ PERSON.DISCHARGE="๙"(ไม่จำหน่าย)PERSON.NATION="๐๙๙"(สัญชาติไทย)</p>												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU หรือเวชระเบียน บันทึกข้อมูล Thai ACS Registry												
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม ระบบHDC และ Cockpit สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ข้อมูลจาก เวชระเบียน ข้อมูล Thai ACS Registry ทะเบียนรายงาน												
การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)	<p>ผลรวมจากคะแนนที่ได้ คะแนนเต็ม ๒๕ คะแนน ดังนี้</p> <p>๑.อัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน</p> <p>๒.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI คะแนนเต็ม ๑๕ คะแนน</p>												
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>๑.อัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (I๒๑.๐-I๒๑.๓) &lt; ร้อยละ ๙</p> <table border="1" data-bbox="389 1406 1264 1509"> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๖</td> <td>๗</td> <td>๘</td> <td>๙</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>≥๙</td> <td>๘-๘.๙๙</td> <td>๗-๗.๙๙</td> <td>๖-๖.๙๙</td> <td>&lt;๖</td> </tr> </table> <p>๒.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> $\frac{\text{คะแนนประเมินระดับความสำเร็จที่ได้ (A) x ๑๕}}{๑๐๐ \text{ คะแนนเต็ม (B)}} = \text{คะแนนระดับความสำเร็จ}$ <p>หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน</p>	ระดับคะแนน	๖	๗	๘	๙	๑๐	ร้อยละ	≥๙	๘-๘.๙๙	๗-๗.๙๙	๖-๖.๙๙	<๖
ระดับคะแนน	๖	๗	๘	๙	๑๐								
ร้อยละ	≥๙	๘-๘.๙๙	๗-๗.๙๙	๖-๖.๙๙	<๖								

หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพพระดั่งอำเภอ / รพ.สต.
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
ชื่อ-สกุล : นางสมกิจ ลากวงษ์	ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด	มือถือ : ๐๘๙ - ๒๘๐๑๓๙๘
โทร : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓ ต่อ ๑๓๔	โทรสาร : ๐๔๕ - ๗๑๑๓๒๔ e-mail : somkit_lak@yahoo.com

รายละเอียดการประเมิน Ranking ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด  
และยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร  
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร  
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘

ตัวชี้วัด	๑๕. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร
คำนิยาม	<p>ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดและยาเสพติดระดับพื้นที่จังหวัดยโสธร หมายถึง การพัฒนาระบบบริการการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิตและยาเสพติด ตั้งแต่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน ให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชและยาเสพติดเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้ทุกที่ (Mental Health Anywhere) ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด แบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ สังคมปลอดภัย ไร้ความรุนแรง</p> <p>ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง (ประเมินโดยใช้ แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าว Overt Aggression Scale : OAS) ที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ (ม.๑๑๓ , ม.๑๑๔) ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลผู้ป่วยผ่านกระบวนการคัดกรองบำบัดรักษาและฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม ครบตามโปรแกรมมาตรฐาน ต่อเนื่องจนถึงการติดตามหลังสิ้นสุดการบำบัด โดยกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านการติดตามทางการแพทย์ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้ใช้” ได้รับการติดตามอย่างน้อย ๑ ครั้งภายใน ๑ เดือน</li> <li>- ผู้ป่วยกลุ่ม “ผู้เสพ” และ “ผู้ติดยา” ได้รับการติดตามอย่างน้อย ๔ ครั้งภายใน ๑ ปี</li> </ul>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>งานยาเสพติด</p> <p>๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ <math>\geq ๗๐</math></p> <p>๒.๒ จำนวนผลงานค้นหาคัดกรองนำเข้าสู่การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดฯ เทียบเป้าหมาย</p> <p>๒.๓ ร้อยละชุมชนที่มีการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community Based Treatment and Care: CBTx)</p> <p>๒.๓.๑ ชุมชนบำบัดฯ CBTx ใหม่ ๑ หมู่บ้าน ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>๒.๓.๒ จำนวนผลงานเข้ารับการบำบัดฯ CBTx ตามค่าเป้าหมาย</p>

<p><b>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</b></p>	<p>๑. ค้นหาคัดกรอง ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด และนำเข้าสู่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยยาเสพติด แบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)</p>
<p><b>วิธีการจัดเก็บ</b></p>	<p><b>การประเมินติดตาม Ranking และตรวจสอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ยาเสพติด</b></p> <p>๑) ข้อมูลในฐานข้อมูลของระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)</p> <p>๒.) แบบคัดกรองผู้ใช้ยาเสพติด V.๒</p> <p><b>แบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</b></p> <p>๑.) ข้อมูลในฐานข้อมูลของระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)</p>
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>๑. ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.)</p> <p>สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. ข้อมูลสถิติ HDC หน่วยบริการสาธารณสุข/ สสจ,ยโสธร</p> <p>๓. หลักฐานแผนงานโครงการและการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง</p>
<p><b>การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)</b></p>	<p>จากคะแนนที่ได้</p> <p>๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ <math>\geq ๗๐</math></p> <p><b>รายการข้อมูล ๑</b></p> <p>A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูครบตามโปรแกรมมาตรฐาน และได้รับการดูแล ติดตามทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง หลังสิ้นสุดการบำบัดรักษา ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน* และครบระยะเวลา ๑ ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด</p> <p><b>รายการข้อมูล ๑</b></p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทั้งหมดที่ครบระยะเวลา ๑ ปี หลังจากวันที่สรุปบำบัด (ยกเว้นกรณีถูกจับ เสียชีวิต ปรับเปลี่ยนการรักษา หรือ บำบัดโดย Methadone)</p> <p><b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด</b> <math>(A/B) \times ๑๐๐</math></p>

### เกณฑ์การให้คะแนน

#### งานยาเสพติด

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

๒.๑ ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate) ร้อยละ  $\geq 70$

ระดับความสำเร็จ (ระดับคะแนน)	ระดับ ๑ ( $< 50$ )	ระดับ ๒ ( $51-69$ )	ระดับ ๓ ( $70-79$ )	ระดับ ๔ ( $80-89$ )	ระดับ ๕ ( $\geq 90$ )
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕

๒.๒ จำนวนผลงานค้นหาคัดกรองนำเข้าสู่การบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดฯ เทียบเป้าหมาย

อำเภอ	เมือง ยโสธร	ทราย มูล	กุด ชุม	คำเขื่อน แก้ว	ป่าดัว	มหาชนะ ชัย	ค้อวัง	เลิงนก ทา	ไทย เจริญ	รวม
ค่า เป้าหมาย (ราย)	๒๒๕	๕๐	๘๐	๙๕	๔๙	๑๐๐	๕๐	๑๙๐	๕๐	๘๘๙

### เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	$< 60$	$60-69$	$70-79$	$80-89$	$\geq 90$

๒.๓ ร้อยละชุมชนที่มีการบำบัดฟื้นฟูและติดตามดูแลช่วยเหลือตามสภาพปัญหาโดยชุมชนมีส่วนร่วม (Community Based Treatment and Care: CBTx)

๒.๓.๑ ชุมชนบำบัดฯ CBTx ใหม่ ๑ หมู่บ้าน ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ

## เกณฑ์การให้คะแนน

ขั้นตอนที่ ๑ มีคณะทำงานขับเคลื่อนการดำเนินงานและมีกลไกการขับเคลื่อนรูปแบบชุมชนเป็นฐาน และมีส่วนร่วม CBTx. ใหม่ ๑ หมู่บ้าน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ ๒ มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนและดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ รูปแบบชุมชนเป็นฐานและมีส่วนร่วม CBTx. ใหม่ ๑ หมู่บ้าน ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ ๓ จำนวนผลงานบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยยาเสพติดรูปแบบ CBTx. (เทียบ เป้าหมายอำเภอ)

อำเภอ	เมือง ยโสธร	ทราย มูล	กุด ชุม	คำเขื่อน แก้ว	ป่าดิว	มหาชนะ ชัย	ค้อวัง	เลิงนก ทา	ไทย เจริญ	รวม
ค่า เป้าหมาย (ราย)	๘๐	๒๐	๓๐	๓๐	๒๐	๓๐	๑๕	๕๕	๒๐	๓๐๐

ขั้นตอนที่ ๔ มีการนิเทศติดตามการปฏิบัติงานในพื้นที่

## Ranking รอบที่ ๑

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ไม่มี	มีข้อมูล หมู่บ้าน/ชุมชน	มีข้อ ๒ + มี แผนงาน โครงการ	มีข้อ ๓ + มีการ ลงพื้นที่	มีข้อ ๔ + มีการบำบัด

## Ranking รอบที่ ๒

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ไม่มี	มีข้อมูลพื้นที่ + มี แผนงานโครงการ	มีข้อ ๒ + มีการ ลงพื้นที่	มีข้อ ๓ + มี การประชาคม	มีข้อ ๔ + มีผลงานการ บำบัด ในระบบ บสต.

## ๒.๓.๒ จำนวนผลงานเข้ารับการบำบัดฯ CBTx ตามค่าเป้าหมาย

ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	<๖๐	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	≥๙๐

หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพพระดั่งอำเภอ / รพ.สต.
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ประเมินผลทุก ๓ เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	๑. นางพิศมัย รัตนเดช ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด ๒. นางอารีรัตน์ เนติวัชรเวช ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. ๐๘๑ - ๙๙๙๔๙๘๒



**รายละเอียดการประเมิน Ranking อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ**  
**กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร**  
**ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘**

<b>ตัวชี้วัด</b>	<b>๑๖. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ</b>						
<b>คำนิยาม</b>	<p><b>การฆ่าตัวตายสำเร็จ</b> คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD - ๑๐ :International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕:Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕)</p> <p><b>ผู้พยายามฆ่าตัวตาย</b> หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือ ไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD - ๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕)</p> <p><b>ผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ</b> หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย มากกว่า ๑ ครั้งในรอบปีงบประมาณ</p> <p><b>ไม่กลับมาทाराายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี</b> หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทाराายตัวเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน</p>						
<b>เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘</b>	<p style="text-align: center;"><b>อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ</b></p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">รอบ ๖ เดือน</th> <th style="width: 50%;">รอบ ๑๒เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๕.๐ ต่อประชากรแสนคน</td> <td>อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๓๕ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึง บริการที่มีประสิทธิภาพ</td> <td>ร้อยละ ๖๕ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึง บริการที่มีประสิทธิภาพ</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒เดือน	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๕.๐ ต่อประชากรแสนคน	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน	ร้อยละ ๓๕ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึง บริการที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๖๕ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึง บริการที่มีประสิทธิภาพ
รอบ ๖ เดือน	รอบ ๑๒เดือน						
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๕.๐ ต่อประชากรแสนคน	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน						
ร้อยละ ๓๕ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึง บริการที่มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ ๖๕ ของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึง บริการที่มีประสิทธิภาพ						
<b>ประชากร กลุ่มเป้าหมาย</b>	<p>๑. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ</p> <p>๒. ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)</p> <p>๓. เด็กวัยเรียนวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยงจากการ ในฐานะข้อมูล School Health HERO</p>						

<b>วิธีการจัดเก็บ</b>	<b>การประเมินติดตาม Ranking และตรวจสอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สุขภาพจิต</b> ๑) รายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV) ๒) ระบบรายงานการฆ่าตัวตาย ๕๐๖S V.๑๑ ๓) โปรแกรม School Health Hero																								
<b>แหล่งข้อมูล</b>	๑. ศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ๒. แบบรายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence,SDV) ๓. ข้อมูลสถิติ HDC หน่วยบริการสาธารณสุข/ สสจ.ยโสธร ๔. หลักฐานแผนงานโครงการและการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง																								
<b>การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)</b>	$A = \text{จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ ๒๕๖๘}$ $B = \text{จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๘}$ <p><b>**หมายเหตุ สำหรับไตรมาส ๒ ใช้ประชากรปลายปี ๒๕๖๗ สำหรับไตรมาส ๓ และ ๔ ใช้ประชากรกลางปี ๒๕๖๘</b></p> <p>แหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข</p> <p><b>สูตรการคำนวณ : <math>(A/B) \times ๑๐๐,๐๐๐</math></b></p>																								
<b>เกณฑ์การให้คะแนน</b> <b>๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (๕ คะแนน)</b> <table border="1" data-bbox="153 1397 1506 1599"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>อัตราการฆ่าตัวตาย</td> <td>๙.๘</td> <td>๙.๓</td> <td>๘.๘</td> <td>๘.๓</td> <td>๗.๘</td> </tr> <tr> <td>ระดับความสำเร็จ</td> <td>ขั้นตอนที่ ๑</td> <td>ขั้นตอนที่ ๒</td> <td>ขั้นตอนที่ ๓</td> <td>ขั้นตอนที่ ๔</td> <td>ขั้นตอนที่ ๕</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๓</td> <td>๖</td> <td>๙</td> <td>๑๒</td> <td>๑๕</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>๒. ระดับความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย (๑๕ คะแนน)</b>          กำหนดเป็นขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) พิจารณาความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงาน</p> <p>การดำเนินงานเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้</p> <p><b>หมายเหตุ</b> รายละเอียดตามแบบประเมิน</p>		ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	อัตราการฆ่าตัวตาย	๙.๘	๙.๓	๘.๘	๘.๓	๗.๘	ระดับความสำเร็จ	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	คะแนน	๓	๖	๙	๑๒	๑๕
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																				
อัตราการฆ่าตัวตาย	๙.๘	๙.๓	๘.๘	๘.๓	๗.๘																				
ระดับความสำเร็จ	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕																				
คะแนน	๓	๖	๙	๑๒	๑๕																				

## เกณฑ์การให้คะแนน

### งานสุขภาพจิต

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

อำเภอมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ ๑-๕

**ขั้นตอนที่ ๑. สถานการณ์ การจัดทำแผนและกิจกรรมขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (๓ คะแนน)**

๑.๑ มีการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ ย้อนหลังอย่างน้อย ๓ ปี วิเคราะห์หาช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในพื้นที่ที่รับผิดชอบ พร้อมนำเสนอกรอบแนวคิดหรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาในเขตที่รับผิดชอบ และจัดทำ จัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่แต่ละอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑คะแนน)

๑.๒ มี คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ (๑ คะแนน)

๑.๓ มีการขับเคลื่อนบูรณาการป้องกันการฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ผ่านกลไกคณะกรรมการ พขอ. /พชต./หรือแนวทางกระบวนการดำเนินงานแก้ไขสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ ผ่านกระบวนการ ๓ หมอ (๑ คะแนน)

**ขั้นตอนที่ ๒. การติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) (๓ คะแนน)**

๒.๑ มีการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ (๓ คะแนน)

**ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๓)** หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงหรือทำให้เกิดความทุพพลภาพรุนแรง มีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติ จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังและดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ/ก่อความรุนแรงซ้ำ

**ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการที่สถานพยาบาลและได้รับการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตาม ICD-๑๐ รหัส F๐๐.X-F๙๙.X หรือรหัส X๖๐.X-X๘๔.X ได้รับการประเมินและบันทึกรหัสผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้างมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (SPECIAL PP) กระทรวงสาธารณสุข มีรหัสอยู่ในช่วง ๑B๐๓๐ - ๑B๐๓๓ ต่อไปนี้

๑B๐๓๐	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายตนเองด้วยวิธีรุนแรง มุ่งหวังให้เสียชีวิต
๑B๐๓๑	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง/ ก่อเหตุการณรุนแรงในชุมชน
๑B๐๓๒	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบมีอาการหลงผิด มีความคิด ทำร้ายผู้อื่นให้ถึงกับชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อคนที่มุ่งร้าย
๑B๐๓๓	การประเมินผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง พบก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ฆ่มขืน วางเพลิง)

**การดูแลต่อเนื่อง** หมายถึง การติดตามเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วย SMI-V หลังจากจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยหน่วยบริการ สาธารณสุขและเครือข่ายในเขตสุขภาพ โดยมีการประสานงาน ส่งต่อ และจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรทาง สาธารณสุข และ/หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่สถานบริการ (Follow up) ตามเกณฑ์ต่อไปนี้

ปีที่ ๑ หลังได้รับการวินิจฉัย SMI-V	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย ๔ ครั้ง
ปีที่ ๒ เป็นต้นไป	ผู้ป่วย SMI-V ได้รับการติดตามอย่างน้อย ๒ ครั้ง ต่อปี

โดยมีการลงรหัสการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการ ก่อความรุนแรง (SMI-V) ในโครงสร้าง มาตรฐานข้อมูล ๔๓ แพ้ม (SPECIAL PP) ดังนี้

๑B๐๓๗ การติดตามผู้ป่วยจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง พบว่าก่อเหตุความรุนแรง ทำร้าย ตัวเอง/ทำร้ายผู้อื่น/ก่อคดีอาชญากรรมรุนแรง ได้รับการติดตาม

**ก่อความรุนแรงซ้ำ** หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ที่เข้าสู่ กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์แล้ว แต่พบว่าก่อความรุนแรงซ้ำ จึงต้องยืนยันการประเมินว่าก่อ ความรุนแรงซ้ำ เพื่อลงรหัสใดรหัสหนึ่ง ๑B๐๓๐ - ๑B๐๓๓ โดยไม่ลงรหัสการติดตาม ๑B๐๓๗ ใน visit เดียวกัน

### สูตรคำนวณ

#### การให้คะแนน

#### Ranking รอบที่ ๑

ร้อยละ	(<๕๐-๕๙)	(<๖๐-๖๔)	(<๖๕)
คะแนน	๑	๒	๓

#### Ranking รอบที่ ๒

ร้อยละ	(<๕๙-๖๙)	(<๗๐-๘๔)	(<๘๕)
คะแนน	๑	๒	๓

**ขั้นตอนที่ ๓. มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงวัยเรียนวัยรุ่น บนระบบ School Health HERO (๓ คะแนน)**

๓.๑ ร้อยละ ๘๐ ของการให้การปรึกษาครูโดย HERO Consultant จากคำขอการปรึกษาจากครู บนระบบ School Health HERO (๓ คะแนน)

รายการข้อมูล A = จำนวนการให้การปรึกษาครูโดย HERO Consultant บนระบบ School Health HERO ในเขตสุขภาพ

B = จำนวนคำขอการปรึกษาจากครูบนระบบ School Health HERO ในเขตสุขภาพ

**สูตรคำนวณ :**  $(A/B) \times 100$

**การให้คะแนน****Ranking รอบที่ ๑**

ระดับความสำเร็จ	(<๕๐-๕๙)	(<๖๐-๖๔)	(<๖๕)
คะแนน	๑	๒	๓

**Ranking รอบที่ ๒**

ระดับความสำเร็จ	(<๕๙-๖๙)	(<๗๐-๘๙)	(<๘๐)
คะแนน	๑	๒	๓

**ขั้นตอนที่ ๔ ผู้พยายามฆ่าตัวตายพยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ (๓ คะแนน)**

พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ

**สูตรคำนวณ****ขั้นตอนที่ ๕. มีการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง รง.๕๐๖S (๓ คะแนน)**

๕.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ของการส่งแบบรายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV) ให้ สสจ. ครบถ้วน ภายในระยะเวลา ๑ เดือน หลังเกิดเหตุ (๑.๕ คะแนน)

๕.๒ ร้อยละ ๑๐๐ ของการบันทึกในระบบโปรแกรมรายงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย รพ.จิตเวช ขอนแก่นฯ ครบถ้วน ถูกต้อง ภายในระยะเวลา ๑ เดือน หลังเกิดเหตุ (๑.๕ คะแนน)

หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ประเมินผลทุก ๓ เดือน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	๑. นางพิศมัย รัตนเดช ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด ๓ นางสาวรจนา บุญทวี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. ๐๙๙-๒-๔๙๘๘๘๙ ๓. นางสาววรรณปวีณ์ ไวยพจน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. ๐๙๒ - ๘๗๔๙๔๐๔

หมวด	บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนงาน	การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนางานวิจัย / นวัตกรรมผลิตภัณฑ์สุขภาพและเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	๑๗. จังหวัดยโสธรมีนวัตกรรมหรือผลงานวิชาการระดับประเทศ
คำนิยาม	<p>ผลงานวิชาการ หมายถึง รายงานวิจัยหรือบทความที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับในรูปแบบของ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- บทความวิจัย</li> <li>- รายงานวิชาการ</li> <li>- งานวิจัยฉบับสมบูรณ์</li> </ul> <p><b>นวัตกรรม</b> หมายถึง แนวคิด กระบวนการ หรือผลิตภัณฑ์ที่เป็นสิ่งใหม่ เกิดจากการใช้ความรู้ ความคิดสร้างสรรค์ สิ่งใหม่ในที่นี้คือไม่เคยมีผู้ใดทำมาก่อน หรือเคยทำมาแล้วในอดีต แต่นำมาพัฒนาจากของเก่าที่มีอยู่เดิม ซึ่งต้องไม่ใช่เกิดจากการลอกเลียนแบบหรือการทำซ้ำ ช่วยให้การดำเนินงานนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม หรือนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน เพื่อแก้ปัญหาหรือปรับปรุง/พัฒนางาน หรือเพื่อการพัฒนาบุคลากร แล้วเกิดประโยชน์ที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน สามารถวัดวิเคราะห์ได้ แสดงให้เห็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในแง่ของการใช้ประโยชน์ของนวัตกรรมนั้นๆ หรืออาจวัดโดยใช้แนวทางระเบียบวิธีวิจัยในเชิงปริมาณและคุณภาพ จำแนกประเภทของนวัตกรรมได้ ๓ ประเภท ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ คือ ผลิตภัณฑ์ที่ถูกผลิตขึ้นเพื่อใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ที่ได้ปรับปรุงให้ดีขึ้นหรือเป็นสิ่งใหม่ หรือของใหม่ต่อโลก ต่อประเทศ องค์กร</li> <li>- นวัตกรรมกระบวนการ/การจัดการ คือ นวัตกรรมที่เกิดจากการพัฒนาระบบการดำเนินงานอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน เป็นนวัตกรรมกระบวนการทางองค์กร</li> <li>- นวัตกรรมบริการ คือ การเปลี่ยนแปลงบริการเดิม หรือการสร้างบริการใหม่ เพื่อให้ผู้ให้และผู้รับบริการได้ให้และรับบริการที่สะดวกรวดเร็ว และใช้ประโยชน์ได้กว้างขวางยิ่งขึ้น</li> </ul> <p><b>นวัตกรรมหรือผลงานวิชาการระดับประเทศ</b> หมายถึง ผลงานทางวิชาการ งานวิจัย หรือนวัตกรรมที่ได้รับการยอมรับและเผยแพร่ในระดับประเทศ โดยมีหลักฐานรับรองจากหน่วยงานระดับประเทศ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติ</li> <li>- ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับชาติ</li> <li>- ได้รับรางวัลหรือประกาศเกียรติคุณระดับประเทศ</li> </ul> <p>ซึ่งมีคุณค่าทางวิชาการและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้</p>

<p>เกณฑ์เป้าหมาย :</p> <p>ระดับจังหวัด : มีนวัตกรรมหรือผลงานวิชาการระดับประเทศ อย่างน้อย ๑๐ เรื่อง</p> <p>ระดับอำเภอ : หน่วยงานมีนวัตกรรมหรือผลงานวิชาการ ระดับประเทศ อย่างน้อย ๑ เรื่อง</p>				
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างสรรค์ผลงานวิชาการและนวัตกรรมของจังหวัด โยโสธร</p> <p>๒. เพื่อยกระดับคุณภาพงานวิชาการให้เป็นที่ยอมรับในระดับประเทศ</p> <p>๓. เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานมีการพัฒนาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง</p>			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>นักวิจัย บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โยโสธร</p>			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. รวบรวมข้อมูลจากการดำเนินงานวิชาการ/นวัตกรรมของหน่วยงาน</p> <p>๒. ทะเบียนและฐานข้อมูลผลงานวิชาการของหน่วยงาน</p> <p>๓. หนังสือรับรองจากจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ (EC)</p> <p>๔. บันทึกและรายงานความก้าวหน้าของโครงการวิจัย</p> <p>๕. หลักฐานการเผยแพร่ผลงาน: เช่น ใบประกาศเกียรติคุณหรือเอกสารการประชุม</p>			
		<p><b>ไตรมาสที่ ๑</b></p> <p>- คำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงานด้าน วิชาการหรือที่ เกี่ยวข้องในการ ขับเคลื่อนงาน วิชาการ</p> <p>- ฐานข้อมูล ผลงานวิชาการ หรือ นวัตกรรม ย้อนหลัง ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕- ๒๕๖๗) ภายใน วันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗</p> <p>- เอกสาร แผนงาน/ โครงการวิจัย/ นวัตกรรม</p>	<p><b>ไตรมาสที่ ๒</b></p> <p>- ส่งบุคลากรเข้าร่วมพัฒนาความรู้ ด้านวิชาการ โครงการพัฒนา นักวิจัยรุ่นใหม่ อย่างต่อเนื่อง</p> <p>-ขอจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์ (EC)</p> <p>-ผ่านการรับรอง อย่างน้อย ๑ เรื่อง ต่อหน่วยงาน</p>	<p><b>ไตรมาสที่ ๓</b></p> <p>- รายงาน ความก้าวหน้า ผลงานวิชาการ/ นวัตกรรม เป็น เอกสารงานวิจัย ฉบับสมบูรณ์หรือ บทความวิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่อง</p>

แหล่งข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ๒. รายงานผลความก้าวหน้าโครงการวิจัย		
รายการข้อมูล ๑			
รายการข้อมูล ๒			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จากคะแนนที่ได้		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๒ , ไตรมาสที่ ๔		
<b>เกณฑ์การประเมิน :</b>			
ประเมินจากความสำเร็จของการดำเนินงานแต่ละขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้:			
ขั้นตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	คะแนน	เอกสารประกอบ/การประเมิน
๑	<b>พัฒนาระบบงานวิชาการ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>จัดตั้งคณะทำงานด้านวิชาการ</li> <li>จัดทำฐานข้อมูลผลงานวิชาการหรือนวัตกรรมของหน่วยงาน</li> <li>กำหนดแผนงานโครงการ ผลิตผลงานวิชาการ/นวัตกรรมที่สอดคล้องกับนโยบาย/ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข อย่างน้อยหน่วยงานละ ๑ เรื่อง (รพ. , สสอ.+รพ.สต.)</li> </ul>	(๑ คะแนน) ๐.๒ ๐.๕ ๐.๓	<ul style="list-style-type: none"> <li>คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานด้านวิชาการหรือที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงานวิชาการ</li> <li>ทะเบียนผลงานวิชาการ หรือนวัตกรรม ย้อนหลัง ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗) ภายในวันที่ ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๗</li> <li>เอกสารแผนงาน/โครงการวิจัย/นวัตกรรม</li> </ul>
๒	<b>พัฒนาศักยภาพนักวิจัย</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ส่งบุคลากรเข้าร่วมพัฒนาความรู้ด้านวิชาการโครงการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่อย่างต่อเนื่อง</li> </ul>	(๑ คะแนน) ๐.๕ ๑.๐	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายชื่อวิทยากรของหน่วยงานที่เข้าร่วมอบรม</li> <li>เข้าร่วมอบรมอย่างต่อเนื่อง</li> </ul>
๓	<b>การดำเนินงานวิชาการ/นวัตกรรม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>ขอจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ (EC)</li> <li>ผ่านการรับรองอย่างน้อย ๑ เรื่องต่อหน่วยงาน</li> </ul>	(๑ คะแนน) ๐.๕ ๑.๐	<ul style="list-style-type: none"> <li>หนังสือขอจริยธรรมวิจัยฯ</li> <li>หนังสือรับรองจริยธรรม</li> </ul>
๔	<b>ผลผลิตงานวิชาการ/นวัตกรรม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>มีผลงานวิชาการ/นวัตกรรมแล้วเสร็จอย่างน้อย ๑ เรื่อง</li> <li>จัดทำรายงานความก้าวหน้าฉบับสมบูรณ์</li> </ul>	(๑ คะแนน) ๑.๐	<ul style="list-style-type: none"> <li>รายงานความก้าวหน้าผลงานวิชาการ/นวัตกรรม เป็นเอกสารงานวิจัยฉบับสมบูรณ์หรือบทความวิจัย อย่างน้อย ๑ เรื่อง</li> </ul>



๕	<b>การเผยแพร่ผลงานวิชาการ/นวัตกรรม</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>เผยแพร่ผลงานในการประชุมวิชาการอย่างน้อย ๑ เรื่อง</li> <li>ระดับการเผยแพร่:           <ol style="list-style-type: none"> <li>ระดับจังหวัด</li> <li>ระดับเขต/ภาค</li> <li>ระดับประเทศ</li> </ol> </li> </ul>	(๑ คะแนน)	- เอกสารการเผยแพร่ผลงาน/ใบประกาศเกียรติคุณ/ใบรับรองที่ได้เผยแพร่ในเวทีระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘		
<b>การคิดคะแนน :</b>					
<b>คะแนน</b>	<b>๑</b>	<b>๒</b>	<b>๓</b>	<b>๔</b>	<b>๕</b>
<b>ผลดำเนินงาน</b>	มีการดำเนินการ ขั้นที่ ๑	มีการดำเนินการ ขั้นที่ ๒	มีการดำเนินการ ขั้นที่ ๓	มีการดำเนินการ ขั้นที่ ๔	มีการดำเนินการ ขั้นที่ ๕
<b>วิธีการประเมินผล :</b>	๑. ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานตามขั้นตอนการประเมิน ๒. ประเมินความก้าวหน้าและคุณภาพของผลงาน ๓. พิจารณาจากการเผยแพร่และการยอมรับในระดับประเทศ				
<b>เอกสารสนับสนุน :</b>	๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการหรือที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนงานวิชาการ ๒. เอกสารแผนงาน/โครงการวิจัย/นวัตกรรม ๓. ทะเบียน ผลงานวิชาการ และนวัตกรรม ย้อนหลัง ๓ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๗) ๔. รายชื่อนักวิจัยที่เข้าร่วมอบรมอย่างต่อเนื่อง ๕. หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย (EC) ๖. รายงานความก้าวหน้าผลงานวิชาการ/นวัตกรรม เป็นเอกสารงานวิจัยฉบับสมบูรณ์หรือบทความวิจัย ๘. เอกสารการเผยแพร่ผลงาน/ใบประกาศเกียรติคุณ/ใบรับรองที่ได้เผยแพร่ในเวทีระดับจังหวัด ระดับเขต ระดับประเทศ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘				
<b>รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</b>	<b>Baseline data</b>	<b>หน่วยวัด</b>	<b>ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</b>		
			<b>๒๕๖๕</b>	<b>๒๕๖๖</b>	<b>๒๕๖๗</b>
	จังหวัดยโสธรมีนวัตกรรมหรือผลงานวิชาการระดับประเทศ	จำนวนเรื่อง	๑๒ เรื่อง	๑๗ เรื่อง	๑๐ เรื่อง
<b>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</b>	นางรักชนก น้อยอาษา      นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๙๔๕ ๙๘๙๘ นางสาวทิพวรรณ ผางนุญ      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๙๕๙ ๔๑๐๖				
<b>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</b>	นางสาวทิพวรรณ ผางนุญ      นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๙๕๙ ๔๑๐๖				

หมวด	๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	๑๘.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	<p><b>๑. ความสำเร็จของการรักษา</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p><b>๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p><b>๓. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</b> หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๗ ต่อประชากรแสนคน)</p> <p><b>๔. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค</b> (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (๑๕๗ ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (๑๐๓,๐๐๐ ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report ๒๐๒๔)</p>

	<p><b>๕. กลุ่มเป้าหมาย</b></p> <p>๕.๑ การประเมินอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>๕.๒ การประเมินอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p><b>๖. เงื่อนไขการคำนวณ</b></p> <p>๖.๑การประเมินผลอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ <b>ไม่นับรวม</b></p> <p>๖.๑.๑ ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+)และลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ( ๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗)</p> <p>๖.๑.๒ กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือExtensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ ๕ จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	อัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๘๘	๘๘	๘๘	๘๘
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค</p>				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ( ๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>๒.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP (National Tuberculosis Information Program : NTIP)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program :NTIP)
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ ๔ (วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘)</li> <li>● ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส</li> </ul>

หมวด	๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ชื่อตัวชี้วัด	๑๘.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p><b>๑. ความสำเร็จของการรักษา</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p><b>๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</b> หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p><b>๓. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</b> หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๗ ต่อประชากรแสนคน)</p> <p><b>๔. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค</b> (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (๑๕๗ ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (๑๐๓,๐๐๐ ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report ๒๐๒๔)</p>

	<p><b>๕. กลุ่มเป้าหมาย</b></p> <p>๕.๑ การประเมินอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>๕.๒ การประเมินอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p> <p><b>๖. เงื่อนไขการคำนวณ</b></p> <p>๖.๑การประเมินผลอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ <b>ไม่นับรวม</b></p> <p>๖.๑.๑ ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+)และลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) รวมทั้งผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่วินิจฉัยเป็นวัณโรคนอกปอดร่วมด้วย ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ( ๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗)</p> <p>๖.๑.๒ กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือพบว่าเป็น Rifampicin Resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) หรือExtensively Drug Resistant Tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ ๕ จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ชื่อตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	อัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๘๕	๘๕	๘๕	๘๕
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัยวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพการตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางการควบคุมวัณโรค</p>				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>๒.กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (NTIP (National Tuberculosis Information Program : NTIP)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program :NTIP)
รายการข้อมูล ๓	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘)
รายการข้อมูล ๔	<p>B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘</p> <p>คิดจากอัตรา ๑๕๗ ต่อประชากรแสนคน*</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC</p> <p>*ข้อมูลจาก WHO Global report ๒๐๒๔</p>
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๒๑.๒	(A/B) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> <li>ระยะเวลาประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ ๔ (วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘)</li> <li>ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส</li> </ul>
วิธีการประเมินผล :	<p>๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๗)</p> <p>๒. อัตราการครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘)</p>

## คะแนน RANKING

**หมายเหตุ** อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ จะประเมิน ๒ ครั้ง คือ สิ้นสุด ๓๑ มี.ค.๒๕๖๘ และสิ้นสุด ๓๐ ก.ย.๒๕๖๘ ส่วนอัตราการรักษาสำเร็จผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ประเมินครั้งเดียวตอนสิ้นสุด ก.ย.๒๕๖๘

## ประเมินครั้งที่ ๑

ชื่อตัวชี้วัด/อำเภอ	คะแนน				
	๑.๒๕	๑.๗๕	๒.๒๕	๒.๗๕	๓.๗๕
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	น้อยกว่า ๓๕%	๓๕-๓๗%	๓๗.๑-๓๙.๙%	๔๐-๔๒.๔%	เท่ากับหรือมากกว่า ๔๒.๕%

## ประเมินครั้งที่ ๒

ชื่อตัวชี้วัด	คะแนน				
	๑.๒๕	๑.๗๕	๒.๒๕	๒.๗๕	๓.๗๕
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	น้อยกว่า ๗๐%	๗๐-๗๔.๙%	๗๕-๗๙.๙%	๘๐-๘๔.๙%	เท่ากับหรือมากกว่า ๘๕%
ชื่อตัวชี้วัด	คะแนน				
	๒.๕	๓.๕	๔.๕	๕.๕	๗.๕
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	น้อยกว่า ๗๕%	๗๕-๗๙.๙%	๘๐-๘๔.๙%	๘๕-๘๗.๙%	เท่ากับหรือมากกว่า ๘๘%



หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence								
แผนงาน	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ								
โครงการ	โครงการลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในจังหวัดยโสธร								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ								
ชื่อตัวชี้วัด	๑๙. อัตราความครอบคลุมของพื้นที่ให้บริการ EMS								
คำนิยาม	<p>๑. การให้บริการEMS หมายถึง การให้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน</p> <p>๒ ระดับได้แก่ ระดับ BLS และระดับ FR ในจังหวัดยโสธร</p> <p>๒. พื้นที่ให้บริการEMS หมายถึง พื้นที่ที่ท้องถิ่นเข้าร่วมให้บริการของหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ ระดับ BLS และระดับ FR ในจังหวัดยโสธร</p> <p>๓. ความครอบคลุมของพื้นที่ให้บริการ EMS หมายถึง พื้นที่ที่ท้องถิ่นเข้าร่วมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตั้งแต่ ระดับ BLS และระดับ FR ในจังหวัดยโสธร โดยแยก เป็นเขตของ อบต. และเขตของเทศบาล</p>								
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๘</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๙</th> <th>ปีงบประมาณ ๗๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๙๕</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>			ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐							
ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐							
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ท้องถิ่นมีส่วนในการให้บริการประชาชนตามระบบปฏิบัติการ ๑๖๖๙ ขั้นพื้นฐาน ในพื้นที่ ที่เป็นเขตรับผิดชอบของท้องถิ่น</p> <p>๒. เพื่อให้ประชาชนทุกพื้นที่จังหวัดยโสธรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินตามมาตรฐาน(การเข้าถึงเหตุได้เร็วขึ้น)</p> <p>๒. เพื่อลดความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในประชาชนในเขตจังหวัดยโสธร</p>								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วย								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. ฐานข้อมูล อบต. เทศบาล กระทรวงมหาดไทย ในเขตจังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. ๒๕๖๗</p> <p>๒. หน่วยบริการของ อบต. เทศบาล ที่ขึ้นทะเบียนกับ สพฉ. และพร้อมออกให้บริการ เริ่ม มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (๙ เดือน)</p>								
แหล่งข้อมูล	<p>๑. ระบบฐานข้อมูล อบต. เทศบาล กระทรวงมหาดไทย ในเขตจังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. ๒๕๖๗</p> <p>๒. ระบบฐานข้อมูลของ สพฉ. หมวดหน่วยบริการของ อบต. เทศบาล ที่ขึ้นทะเบียนกับ สพฉ.และพร้อมออกให้บริการ เริ่ม มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (๙ เดือน)</p>								
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการของ อบต. เทศบาล ที่ขึ้นทะเบียนกับ สพฉ. และพร้อมออกให้บริการ เริ่ม มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (๙ เดือน)								
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอบต. เทศบาล กระทรวงมหาดไทย ในเขตจังหวัดยโสธร ปี พ.ศ. ๒๕๖๗								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								



หมวด	Promotion Prevention & Protection Excellence						
แผนงาน	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ						
โครงการ	โครงการลดอัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน (ช่วงวัย ๓ - ๑๘ ปี)						
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ						
ชื่อตัวชี้วัด	๒๐. เด็กและเยาวชน (ช่วงวัย ๓-๑๘ ปี) เข้าร่วมโครงการวัคซีนจราจร (TSY)						
คำนิยาม	<p>๑. โครงการวัคซีนจราจร (TSY) หมายถึง โครงการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน โดยใช้ TSY Program: Thailand Safe Youth Program โดยเน้นทักษะคิด วิเคราะห์ ประเมินผล ความเสี่ยง จุดเสี่ยง เหตุการณ์เสี่ยง ในการใช้รถใช้ถนน รวมถึงการแก้ไข/ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน</p> <p>๒. อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ลดลง ช่วงวัย ๓ - ๑๘ ปี หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ ๓ - ๑๘ ปี ลดลงร้อยละ ๓ โดยเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ย ย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) โดยใช้ข้อมูล “ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด</p>						
เกณฑ์เป้าหมาย :							
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๘</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๙</th> <th>ปีงบประมาณ ๗๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๘๕</td> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๙๕</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐					
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕					
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้เด็กและเยาวชน ช่วงวัยอายุ ๓ - ๑๘ ปี มีทักษะในการคิดวิเคราะห์ ประเมินผล จุดเสี่ยง เหตุการณ์เสี่ยง ในการใช้รถใช้ถนน รวมถึงการแก้ไข/ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน</p> <p>๒. เพื่อลดความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนไทย</p>						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กและเยาวชนไทย ช่วงวัยอายุ ๓ - ๑๘ ปี						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. ฐานข้อมูลเด็กและเยาวชน จากศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา ในเขตจังหวัดยโสธร ปีการศึกษา ๒๕๖๗</p> <p>๒. เก็บรายงานผลการเข้าร่วมจากรายงานผลการอบรมโครงการ TSY แต่ละอำเภอ/โรงพยาบาล รายไตรมาส เริ่ม มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (๙ เดือน)</p> <p>๓. เก็บข้อมูลการเสียชีวิตและบาดเจ็บ โดยใช้ฐานข้อมูลการเคลมประกันภัยของ บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด (THAIRSC) ในกลุ่มเด็กและเยาวชน อายุ ๓ - ๑๘ ปี โดยการเปรียบเทียบกับใช้ค่าเฉลี่ยย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) เปรียบเทียบปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ใช้ข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (๙ เดือน)</p>						

แหล่งข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลเด็กและเยาวชนช่วงวัยอายุ ๓ - ๑๘ ปี จากศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา ในเขตจังหวัดยโสธร ปีการศึกษา ๒๕๖๗ ๒. เก็บรายงานผลการเข้าร่วมจากรายงานผลการอบรมโครงการ TSY แต่ละอำเภอ/โรงพยาบาล รายไตรมาส เริ่ม มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (๙ เดือน)					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนเด็กและเยาวชนช่วงวัยอายุ ๓ - ๑๘ ปี ที่ได้รับการอบรม TSY ในเขต จังหวัดยโสธร ปีการศึกษา ๒๕๖๗					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กและเยาวชนช่วงวัยอายุ ๓ - ๑๘ ปี จากศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียน ประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา ในเขตจังหวัดยโสธร ปีการศึกษา ๒๕๖๗					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (๙ เดือน)					
เกณฑ์การประเมิน : เกณฑ์การประเมินโดยใช้คำนวณการลดลงร้อยละ ๓ ต่อปี						
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
	-	ร้อยละ ๘๐ มกราคม ๖๘ - มีนาคม ๖๘	ร้อยละ ๘๓ มกราคม ๖๘ - มิถุนายน ๖๘	ร้อยละ ๘๕ มกราคม ๖๘ - กันยายน ๖๘		
วิธีการประเมินผล :	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ลดลง					
	ร้อยละ	๐-๕๐%	๕๑-๗๐%	๗๑-๘๐%	๘๑-๘๔%	$\geq ๘๕\%$
	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
เอกสารสนับสนุน :	<b>แนวทางกิจกรรมที่ดำเนินการ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>อำเภอ สสอ./รพ.</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. จัดประชุมหารือ ทบทวนการดำเนินงานร่วมกับคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัยทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ได้แก่ ศึกษาริการ/ท้องถิ่นอำเภอ/ขนส่ง/ตำรวจ และเขตพื้นที่ สพม./สพป./อาชีวฯ</li> <li>๒. ผลักดัน สนับสนุนให้อำเภอในจังหวัด ที่ดำเนินการ พขอ. เลือกประเด็น RTI เด็กและเยาวชน</li> <li>๓. สนับสนุนให้มีการฝึกอบรม “วัคซีนจราจร” แก่เด็กและเยาวชน เน้นการพัฒนา ศักยภาพวิทยากรให้มากขึ้น</li> <li>๔. สนับสนุนให้มีโรงเรียน/สถานศึกษา ดำเนินการ “TSY Program” โดยเฉพาะโรงเรียนประจำอำเภอ/ร.ขนาดใหญ่</li> <li>๕. จัดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของ อำเภอและสถานศึกษา ร่วมกับคณะอนุฯ จังหวัด</li> <li>๖. ให้พิจารณาของบประมาณจาก กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) ร่วมกับขนส่งจังหวัด</li> <li>๗. ติดตามประเมินผล ระดับอำเภอ/พขอ.</li> </ol> </li> </ul>					



Ranking Template	
กลุ่มงาน	สุขภาพดิจิทัล
ประเด็น	ระบบความปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security)
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	๒๑. ระดับความสำเร็จของการจัดระบบความปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security)
คำนิยาม/ความสำคัญ	<p>การยกระดับระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ประชาชนสามารถใช้บัตรประชาชนใบเดียวเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลทุกที่ทั้งรัฐและเอกชน เป็นหนึ่งในนโยบายรัฐบาลที่ได้แถลงต่อรัฐสภา และเป็นนโยบายเน้นหนักของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับการเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกคน ทุกกลุ่มทุกพื้นที่ ผลักดันให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับ ทุกสังกัด และยกระดับหน่วยบริการให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital) นำเทคโนโลยีดิจิทัลมาประยุกต์ใช้จัดบริการสุขภาพ อาทิ ประวัติสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ การออกใบรับรองแพทย์ดิจิทัล ใบสั่งยาและใบสั่งแล็บออนไลน์ การแพทย์และเภสัชกรรมทางไกล การนัดหมายออนไลน์ ส่งยาและเวชภัณฑ์ที่บ้านผ่าน Health Rider และการส่งยาทางไปรษณีย์ เป็นต้น โดยคำนึงถึงความปลอดภัยทางไซเบอร์และการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ทำให้ช่วยลดความแออัดในโรงพยาบาล ลดระยะเวลารอคอย และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประชาชน</p> <p><b>หน่วยงาน</b> หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง ในจังหวัดยโสธร</p> <p><b>Cyber Security</b> หรือ ความปลอดภัยทางไซเบอร์ คือ กระบวนการในการลดความเสี่ยงจากการโจมตีทางอินเทอร์เน็ต ช่วยในการปกป้องข้อมูลจากการโจรกรรมของแฮกเกอร์ ตลอดจนการรั่วไหลของข้อมูล หรือเหตุการณ์ใด ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการทำงาน อุปกรณ์ และบริการที่ใช้งาน จนก่อให้เกิดความเสียหายแก่องค์กรและชื่อเสียงขององค์กรได้</p> <p><b>มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์</b> หมายถึง เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM : Cybersecurity Technical Assessment Matrix) ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>๑. Backup : การสำรองข้อมูลเก็บไว้ที่อื่น เพื่อให้สามารถใช้เพื่อกู้คืนข้อมูลเดิมหลังจากเหตุการณ์ข้อมูลสูญหาย</li> <li>๒. Antivirus Software : โปรแกรมป้องกันไวรัส หรือ แอนติไวรัส คอยตรวจจับป้องกัน และกำจัดโปรแกรมคุกคามทางคอมพิวเตอร์ หรือมัลแวร์</li> <li>๓. Access Control (Public และ Private) : การควบคุมอุปกรณ์หรือการเข้าถึงระบบผ่านทางช่องทาง Public/Private ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ</li> <li>๔. Privileged Access Management (PAM) : การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ติดตาม ตรวจสอบ และป้องกันการใช้สิทธิ์การเข้าถึงทรัพยากรที่สำคัญในระดับสูง</li> </ol>

	<p>๕. Business Continuity Plan (BCP) และ Disaster Recovery Plan (DRP) : แผนที่กำหนดแนวทางการดำเนินการของหน่วยงานเมื่อเกิดภาวะวิกฤตหรือภัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการทำงานของหน่วยงานหยุดชะงัก เพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>๖. OS Patching: การซ่อมแซมจุดบกพร่องของระบบปฏิบัติการ (OS) หรือปรับปรุงระบบปฏิบัติการให้ทันสมัย และเพิ่มเติมความสามารถในการใช้งานหรือประสิทธิภาพให้ดีขึ้น</p> <p>๗. Multi-Factor Authentication (๒FA) : การยืนยันตัวตน ๒ ชั้น เป็นการเข้าสู่ระบบบัญชีแบบ หลายขั้นตอนที่กำหนดให้ผู้ใช้อัปโหลดข้อมูลเพิ่มเติม นอกเหนือจากรหัสผ่าน</p> <p>๘. Web Application Firewall (WAF) : ระบบป้องกันการโจมตีทางไซเบอร์สำหรับเว็บแอปพลิเคชันโดยเฉพาะ เพื่อป้องกันการโจมตีไปยัง ระบบเว็บแอปพลิเคชันของหน่วยงาน</p> <p>๙. Log Management : การจัดเก็บข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์</p> <p>๑๐. Security Information &amp; Event Management (SIEM) : ระบบที่ใช้ในการจัดการกับ Log และ Event ต่าง ๆ ที่คอยทำหน้าที่วิเคราะห์หาความเชื่อมโยงของ Event ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทั้งหมด ไปจนถึงการ Alert ระบุตำแหน่งของภัยคุกคามให้ทราบ เมื่อมี Event ที่ผิดปกติ ทำให้สามารถป้องกัน และตอบสนองภัยคุกคามได้อย่างรวดเร็ว</p> <p>๑๑. Vulnerability Assessment (VA Scan) : การตรวจสอบช่องโหว่ของระบบ เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยง จุดอ่อน และระดับความรุนแรง ของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการถูกโจรกรรมข้อมูลและการโจมตีทางไซเบอร์</p> <p>๑๒. Software Update : การตรวจสอบ Version ของ Software ให้เป็น Version Update ล่าสุด เพื่อปิดช่องโหว่ที่เกิดขึ้นใน Software Version ก่อนหน้า</p> <p>๑๓. Penetration Testing : การทดสอบการเจาะระบบ</p> <p>๑๔. Disaster Recovery site (DR) : ศูนย์สำรองข้อมูล สำหรับแก้ไขปัญหาระบบสารสนเทศที่เกิดขึ้นจากภัยพิบัติต่างๆ ให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง</p> <p>โดยนำเกณฑ์การประเมิน TAM มาจัดระดับได้ดังนี้</p> <p>๑) ระดับความเสี่ยงสูง (สีแดง) ไม่ได้ดำเนินการข้อ ๑ - ๔ ให้ครบถ้วนทุกข้อ</p> <p>๒) ระดับความเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง) ดำเนินการข้อ ๑ - ๔ ครบถ้วนทุกข้อ</p> <p>๓) ระดับความเสี่ยงต่ำ (สีเขียว) ดำเนินการข้อ ๑ - ๑๑ ครบถ้วนทุกข้อ</p> <p>๔) ข้อ ๑๒ - ๑๔ รวบรวมข้อมูลแต่ไม่มีผลต่อการประเมินระดับความเสี่ยง (รายละเอียดตามแนวทางการประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์)</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>ผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง หมายถึง ผลการประเมินผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และมีคะแนนอยู่ในช่วงคะแนนระดับสูง (สีเขียว)</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>๑. เพื่อให้หน่วยงานมีความพร้อมรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินทางคอมพิวเตอร์ ด้วยระบบป้องกัน ตรวจสอบ วิเคราะห์ และโต้ตอบต่อภัยคุกคามทางไซเบอร์</p> <p>๒. เพื่อลดความรุนแรงของผลกระทบกรณีหน่วยงานถูกคุกคามทางไซเบอร์ที่ส่งผลกระทบต่อให้บริการประชาชน และอาจส่งผลกระทบต่อคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล</p> <p>๓. เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโอกาสเกิดช่องโหว่ภัยคุกคามทางไซเบอร์</p>				
<p><b>เกณฑ์เป้าหมาย :</b> โรงพยาบาลมีการจัดระบบความปลอดภัยไซเบอร์ (Cyber Security) ระดับความเสี่ยต่ำ (สีเขียว)</p>					
<p><b>วิธีการจัดเก็บข้อมูล</b></p>	<p>ประเมินในโรงพยาบาลโดยคณะกรรมการประเมินระดับจังหวัด</p>				
<p><b>แหล่งข้อมูล</b></p>	<p>โรงพยาบาล</p>				
<p><b>สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)</b></p>	<p>เสี่ยต่ำ = ๕ คะแนน (คะแนนเต็ม)</p> <p>เสี่ยสูง หรือ เสี่ยปานกลาง คิดคะแนน ดังนี้</p> $\text{คะแนน} = \square + \left(\frac{2\square}{14}\right)$ <p>โดยที่</p> <p>A คือ คะแนนฐานของระดับความเสี่ย    เสี่ยสูง A = ๑    เสี่ยปานกลาง A = ๓</p> <p>B คือ จำนวนข้อที่ผ่านเกณฑ์</p>				
<p><b>เกณฑ์การประเมิน :</b></p>					
<p>คะแนน</p>	<p>๑</p>	<p>๒</p>	<p>๓</p>	<p>๔</p>	<p>๕</p>
<p>ผลงาน</p>	<p>เสี่ยสูง</p>	<p>-</p>	<p>เสี่ยปานกลาง</p>	<p>-</p>	<p>เสี่ยต่ำ</p>
<p><b>ผู้ประสานงาน</b></p>	<p>ชื่อ นายอาคม มูลสาร เบอร์มือถือ : ๐๘๑ ๗๙๐๑๓๓๒</p>				



## แนวทางการประเมินการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์

### เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM: Cybersecurity Technical Assessment Matrix) ปี 2568

1. หน่วยงานดำเนินการปรับปรุงระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์และสารสนเทศตามเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ และประเมินตนเอง หรือให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้ตรวจประเมิน (หากเป็นเอกชนต้องมีใบรับรองมาตรฐาน)
  2. หน่วยงานส่งผลประเมินตนเองพร้อมหลักฐานให้คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามช่องทางที่กำหนด ซึ่งจะแจ้งเวียนเป็นทางการต่อไป
  3. คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับเขตสุขภาพ หรือ คณะทำงานควบคุมคุณภาพการตรวจประเมินความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พิจารณาให้ค่าคะแนนรายหน่วยงาน ระดับเขียว/สูง เหลือง/กลาง, แดง/ต่ำ และส่งผลให้ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่อีเมล [cyberaudit@moph.go.th](mailto:cyberaudit@moph.go.th) ทุกวันพฤหัสบดี
  4. กรณีหน่วยงานที่ผลประเมินระดับสูง (เขียว) ให้ส่งยืนยันการรักษาระดับรอบ 3 เดือน (ธันวาคม) 6 เดือน (มีนาคม) รอบ 9 เดือน (มิถุนายน) และ รอบ 12 เดือน (กันยายน) ไม่เกินวันพฤหัสบดีสุดท้ายของเดือน
5. เกณฑ์การประเมินระดับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ (CTAM: Cybersecurity Technical Assessment Matrix)

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน
1	Backup : การสำรองข้อมูลเก็บไว้ที่อื่น เพื่อให้สามารถใช้เพื่อกู้คืนข้อมูลเดิมหลังจากเหตุการณ์ข้อมูลสูญหาย	มีการสำรองข้อมูลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และสามารถย้อนหลังได้ 7 วัน เป็นอย่างน้อยตามมาตรฐาน โดยจัดเก็บบนระบบ Logical HDD หรือ Physical HDD และ จัดเก็บ Backup ในรูปแบบ 3-2-1 1. สำเนาข้อมูลไว้บนระบบ 3 ชุด 2. สำเนาข้อมูลไว้บนเทคโนโลยีต่างกัน 2 ชุด 3. สำเนาข้อมูลไว้แบบ Offline หรือ Offsite หรือ Cloud 1 ชุด
2	Antivirus Software : โปรแกรมป้องกันไวรัส หรือ แอนติไวรัส คอยตรวจจับป้องกัน และกำจัดโปรแกรมคุกคามทางคอมพิวเตอร์ หรือมัลแวร์	มีการติดตั้ง Anti-Virus หรือ EDR หรือ XDR บนเครื่องอุปกรณ์ที่สำคัญ 1. Review Alert Report 2. Update Program Anti-Virus, EDR/XER 3. Schedule Update Database Signature

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน
3	Access Control (Public และ Private) : การควบคุมอุปกรณ์หรือการเข้าถึงระบบผ่านทางช่องทาง Public/Private ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ	มีการควบคุม Policy การเข้าถึงระบบที่สำคัญทั้งทาง Public และ Private 1. Open Port Access จากภายนอกเท่าที่จำเป็น เช่น HTTPS (443) 2. IP Address Filter กำหนดขอบเขตการใช้งาน IP Address ที่สามารถเข้าใช้งานในระบบได้ เช่น IP Location, Geometric 3. Enable IDS/IPS 4. ใช้ระบบ VPN (Virtual Private Network) สำหรับการเข้าถึง Server/Application ภายใน ผ่านโปรโตคอล IPsec/SSL 5. มีการแบ่งโซน Network ภายใน รวมถึงมี Firewall กั้นระหว่างโซนภายในที่สำคัญ 6. User Access Accounts กำหนดสิทธิการใช้งานเท่าที่จำเป็น เช่น Role Base / Group Base 7. User Password Policy กำหนดการใช้งานพาสเวิร์ด เช่น กำหนดความยาวอย่างน้อย 12 ตัวอักษร, Hash MD5, SHA-256 8. Time Sync 9. Change Default Accounts 10. Review Privilege Accounts 11. Review Logs Access 12. Feeds IOC
4	Privileged Access Management (PAM) : การรักษาความปลอดภัยของข้อมูล ติดตาม ตรวจสอบ และป้องกันการใช้อิทธิกรเข้าถึงทรัพยากรที่สำคัญในระดับสูง	มีการควบคุมการเข้าถึงระบบโดยใช้งานสิทธิ์ระดับ Least Privilege ดังนี้ 1. ดำเนินการ Disable Administrator / Root / Admin 2. มีการกำหนด Role-base access ในการเข้าถึงระบบเท่าที่มีจำเป็น 3. มี Access Rights Matrix ของระบบ 4. มีการตั้ง Password อย่างน้อย 12 ตัว (ตัวอักษรใหญ่, เล็ก, อักขระพิเศษ, ตัวเลข) 12 , มีการเข้ารหัส Password MD5,SHA-256 5. Expire Sessions Time out 6. Review Privilege Accounts 7. Review กิจกรรมผู้ใช้งานในระบบ
5	Business Continuity Plan (BCP) และ Disaster Recovery Plan (DRP) : แผนที่กำหนดแนวทางการดำเนินการของหน่วยงาน เมื่อเกิดสภาวะวิกฤตหรือภัยต่าง ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการทำงานของหน่วยงานหยุดชะงัก เพื่อให้สามารถกลับมาดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง	มีการทดสอบ Business Continuity Plan (BCP) และ Disaster Recovery Plan (DRP) อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง และ มีการจัดทำรายงานถึง ขั้นตอนการดำเนินการที่ชัดเจนรวมถึงระยะเวลาดำเนินการและผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการงานดังนี้ 1. การบริหารจัดการความเสี่ยง (Risk Management) 2. การบริการจัดการด้าน Resource (Resource Management) 3. การวางแผนความต่อเนื่องจากธุรกิจที่เกิดขึ้น (Business Continuity Planning) 4. การทดสอบ (Testing) 5. การปรับปรุงและแก้ไข (Review & Update)
6	OS Patching: การซ่อมแซมจุดบกพร่องของระบบปฏิบัติการ (OS) หรือปรับปรุงระบบปฏิบัติการให้ทันสมัย และเพิ่มเติมความสามารถในการใช้งานหรือประสิทธิภาพให้ดีขึ้น	มีการอัปเดต Security Patching 1. Firewall patching (Firmware) 2. Operation patching 3. Application patching 4. Software patching 5. Change Management
7	Multi-Factor Authentication (2FA) : การยืนยันตัวตน 2 ชั้น เป็นการเข้าสู่ระบบบัญชีแบบหลายขั้นตอนที่กำหนดให้ผู้ใช้ป้อนข้อมูลเพิ่มเติมนอกเหนือจากรหัสผ่าน	มีการใช้งานระบบ Multi-Factor Authentication (2FA) เพื่อยืนยันตัวตน 2 ชั้นในการเข้าถึงระบบต่างๆ สำหรับ Admin ที่ใช้งานระบบอย่างน้อยดังนี้ 1. การ Login แบบ Multi-factor ไปยังระบบ VPN Access 2. การ Login แบบ Multi-factor ไปยังอุปกรณ์ Network 3. การ Login แบบ Multi-factor ไปยังอุปกรณ์ Security 4. การ Login แบบ Multi-factor ไปยัง Hypervisor 5. การ Login แบบ Multi-factor ไปยัง Operating system
8	Web Application Firewall (WAF) : ระบบป้องกันการโจมตีทางไซเบอร์สำหรับเว็บแอปพลิเคชันโดยเฉพาะเพื่อป้องกันการโจมตีไปยังระบบเว็บแอปพลิเคชันของหน่วยงาน	มีการใช้งาน Web Application Firewall (WAF) กรณีที่มีระบบเป็น Web Application เพื่อป้องกันการโจมตีตามมาตรฐาน OWASP Top 10 ได้เป็นอย่างดีตามรายละเอียด 1. Review Attack Report 2. Add Source IP Blocklists

ลำดับ	ประเด็นการประเมิน	รายละเอียดการประเมิน
9	Log Management : การจัดเก็บข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์	มีระบบการจัดเก็บ Log อินเทอร์เน็ต และคอมพิวเตอร์ ตาม พ.ร.บ. คอมฯ อย่างน้อย 90 วัน 1. System Logs 2. Access Logs 3. Authentication Logs 4. Authorization Logs 5. Error Logs 6. Applications Logs
10	Security Information & Event Management (SIEM) : ระบบที่ใช้ในการจัดการกับ Log และ Event ต่าง ๆ ที่คอยทำหน้าที่วิเคราะห์หาความเชื่อมโยงของ Event ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยทั้งหมด ไปจนถึงการ Alert ระบุตำแหน่งของภัยคุกคามให้ทราบ เมื่อมี Event ที่ผิดปกติ ทำให้สามารถป้องกัน และตอบสนองภัยคุกคามได้อย่างรวดเร็ว	มีระบบ SIEM เพื่อนำมาวิเคราะห์เหตุการณ์ของ Cyber Attack บนระบบที่ให้บริการทั้งระดับ Infrastructure และ Operating system (OS) โดยจะต้องครอบคลุมการตรวจจับพื้นฐาน ดังนี้ 1. ตรวจจับและแจ้งเตือนการบุกรุกที่เข้าถึงระบบเครือข่าย การพยายาม Brute force Login เข้า ระบบ และการ Scan port (port scanning) 2. Malware-Virus Detection ตรวจจับและแจ้งเตือน Malware หรือ Virus จากพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นหรือจาก signature 3. Blacklist IP การตรวจจับและแจ้งเตือนการเข้าถึง IP Address ที่เป็น Blacklist และระบุการเปิด connection ได้ 4. Unauthorized Access การตรวจจับการเข้าถึงข้อมูลหรือระบบที่ไม่ได้รับอนุญาต หรือไม่มีสิทธิ์เข้าถึงระบบ 5. DDoS Attack การตรวจจับพฤติกรรมการโจมตีในรูปแบบของ DDoS ได้ ทั้งภายนอกและภายใน 6. Data Breaches การตรวจจับและแจ้งเตือนการละเมิดการเข้าถึงข้อมูลที่สำคัญของระบบ ที่ไม่อนุญาตให้เข้าถึง
11	Vulnerability Assessment (VA Scan) : การตรวจสอบช่องโหว่ของระบบ เพื่อให้ทราบถึงความเสี่ยง จุดอ่อน และระดับความรุนแรง ของผลกระทบ ที่อาจเกิดขึ้นจากการถูกโจรกรรม ข้อมูลและการโจมตีทางไซเบอร์	มีการดำเนินการ Vulnerability Assessment (VA Scan) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยจะต้องดำเนินการแก้ไข CVE และช่องโหว่ต่างๆ ที่เกิดขึ้นโดยให้ความสำคัญกับความเสี่ยงระดับ Critical, High เป็นลำดับแรก 1. Review Vulnerability Assessment Report 2. จัดลำดับความสำคัญ ความเสี่ยงระดับ Critical, High, Medium ,Low กำหนดระยะเวลาในการแก้ไขช่องโหว่ 3. การจัดการความเสี่ยง 3.1 ยอมรับความเสี่ยง (Risk Acceptance) 3.2 หลีกเลี่ยงความเสี่ยง (Risk Avoidance) 3.3 ลดความเสี่ยง (Risk Mitigation) 3.4 ถ่ายโอนความเสี่ยง (Risk Transfer)
12	Software Update : การตรวจสอบ Version ของ Software ให้เป็น Version Update ล่าสุด เพื่อปิดช่องโหว่ที่เกิดขึ้นใน Software Version ก่อนหน้า	มีการอัปเดต Software Patching ของระบบ HIS และมีการทำ Penetration Testing อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หรือมีการออก Major version โดยจะต้องดำเนินการแก้ไขช่องโหว่ในระดับ Severity Critical และ High เป็นอย่างน้อย
13	Penetration Testing : การทดสอบการเจาะระบบ	มีการทำ Penetration Testing ของ Web Application ในรูปแบบของ Gray box หรือ Black box อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และดำเนินการแก้ไขโดยจะต้องไม่มีช่องโหว่ระดับ Severity Critical , High เกิดขึ้น และไม่มีช่องโหว่ที่เกิดขึ้นตามมาตรฐาน OWASP TOP10
14	Disaster Recovery site (DR) : ศูนย์สำรองข้อมูล สำหรับแก้ไข ภัยพิบัติระบบสารสนเทศที่เกิดขึ้นจากภัยพิบัติต่างๆ ให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง	มีระบบ Disaster Recovery site (DR) ในกรณีฉุกเฉินที่ระบบหลักมีปัญหาและไม่สามารถใช้งานได้ โดยจะต้องมี DR-Site โดยยึดจากมาตรฐาน ISO27001 และนำมาปรับใช้งานดังนี้ 1. ระยะห่างระหว่าง DC-Site กับ DR-Site ต้องไม่น้อยกว่า 60 กิโลเมตร 2. ต้องมีระบบฐานข้อมูลที่สำคัญอย่างน้อย 1 ระบบขึ้นบน DR-site 3. RTO ต้องเท่ากับหรือไม่มากกว่า = 24 ชั่วโมง หรือขึ้นอยู่กับ Solution 4. RPO ต้องเท่ากับหรือไม่มากกว่า = 24 ชั่วโมง 5. ต้องมีเอกสารสรุปผลการทดสอบการดำเนินการ DR-Site 6. ระบบต้องมีมาตรฐาน ISO ดังนี้เป็นอย่างน้อย 6.1 ISO27001 - Information Security Management System 6.2 ISO27799 - Health Informatics-Information Security Management

## 2. เกณฑ์การให้ระดับความเสี่ยงสูง/ปานกลาง/ต่ำ

โดยนำเกณฑ์การประเมิน TAM มาจัดระดับได้ดังนี้

- 1) **ระดับความเสี่ยงสูง (สีแดง)** ไม่ได้ดำเนินการข้อ 1 – 4 ให้ครบถ้วนทุกข้อ
- 2) **ระดับความเสี่ยงปานกลาง (สีเหลือง)** ดำเนินการข้อ 1 - 4 ครบถ้วนทุกข้อ

<b>Ranking Template</b>	
กลุ่มงาน	สุขภาพดิจิทัล
ประเด็น	โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	๒๒. ระดับความสำเร็จการดำเนินการโรงพยาบาลอัจฉริยะ(Smart Hospital)
คำนิยาม/ความสำคัญ	<p>กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายในการยกระดับโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ (smart hospital) ซึ่งเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการได้สะดวก รวดเร็ว ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดความแออัด ลดระยะเวลาการรอคอย</p> <p><b>โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)</b> หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และอำนวยความสะดวกรวดเร็ว ให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>๑) เพื่อยกระดับการบริการของโรงพยาบาลโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ในการจัดบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคุณภาพและความปลอดภัย</p> <p>๒) เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการของโรงพยาบาล โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ตอบสนองความต้องการของประชาชนและความจำเป็นด้านสุขภาพได้</p> <p>๓) เพื่อให้การบริการจัดการของโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพ สามารถลดขั้นตอนการทำงาน ลดภาระงานของบุคลากร และลดการใช้ทรัพยากร</p> <p>๔) เพื่อเพิ่มทักษะและความรู้ทางด้านดิจิทัล ที่เกี่ยวข้องกับหน้าที่การงาน ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการภายใต้โรงพยาบาลให้สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานยิ่งขึ้น</p> <p><b>เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ</b></p> <p>ในงบประมาณประจำปี พ.ศ. ๒๕๖๘ มีเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ คะแนนรวม ๑,๐๐๐ คะแนน ประกอบด้วย ๔ ด้าน ดังนี้</p> <p>๑.ด้านโครงสร้างพื้นฐาน      คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน</p> <p>๒.ด้านบริหารจัดการ            คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน</p> <p>๓.ด้านการให้บริการ            คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน</p> <p>๔.ด้านบุคลากร                 คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน</p>

	<p>โดยแบ่งระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น ๓ ระดับ ดังนี้</p> <p>๑.ระดับเงิน ๖๐๐ คะแนน ขึ้นไป</p> <p>๒.ระดับทอง ๗๐๐ คะแนน ขึ้นไป ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็นด้านโครงสร้างพื้นฐาน ๑๗๕ คะแนน ส่วนด้านบริหาร และการบริการ ด้านละ ๑๗๐ คะแนน</p> <p>๓.ระดับเพชร ๘๐๐ คะแนน ขึ้นไป ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็นด้านโครงสร้างพื้นฐาน ๑๗๕ คะแนน ส่วนด้านบริหาร และการบริการ ด้านละ ๑๗๐ คะแนน และผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร</p>				
<p>เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลทุกแห่งผ่านเกณฑ์การประเมินระดับทอง</p>					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>คณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัดออกประเมินให้คะแนนตามเกณฑ์</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>สรุปผลการประเมินของคณะกรรมการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะระดับจังหวัด</p>				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ถ้ามี)					
<p>เกณฑ์การประเมิน :</p>					
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ผลงาน (คะแนน)	๕๐๐	๖๐๐	๗๐๐	๘๐๐	๙๐๐ ขึ้นไป
ผู้ประสานงาน	<p>ชื่อ นายอาคม มูลสาร เบอร์มือถือ : ๐๘๑ ๗๙๐๑๓๓๒</p>				

**ระบบการติดตามระดับความสำเร็จในการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร**

หมวด	๕E – Health Economic Excellence											
แผนที่	๑๒ : อุตสาหกรรมการแพทย์ครบวงจร การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย											
โครงการที่	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ											
ระดับการแสดงผล	คปสอ.											
ชื่อตัวชี้วัด	๒๓. ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต											
คำนิยาม	<p>ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการอนุญาต หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและเครื่องสำอาง ได้รับอนุญาตจาก อย. หรือ สสจ. (กรณีมอบอำนาจ)</p> <p>สถานประกอบการ หมายถึง สถานที่ซึ่งผู้ประกอบการรายย่อยในพื้นที่ ดังนี้</p> <p>๑. วิสาหกิจชุมชน ผู้ประกอบการรายย่อยภายในชุมชนที่จดทะเบียนวิสาหกิจชุมชน หรือ เครือข่ายวิสาหกิจชุมชน ตาม พ.ร.บ. ส่งเสริมวิสาหกิจชุมชน พ.ศ. ๒๕๔๘</p> <p>๒. วิสาหกิจรายย่อย ตามกฎกระทรวงลักษณะวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>๓. สถานที่ผลิตไม่เข้าข่ายโรงงาน ตาม พรบ.โรงงาน พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ประกอบกิจการ</p> <p>๔. สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เคยได้รับการส่งเสริมแล้ว แต่ยังไม่ได้รับอนุญาตในปีงบประมาณ ๒๕๖๗</p> <p>การส่งเสริม หมายถึง การให้คำปรึกษา แนะนำให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับกฎระเบียบหลักเกณฑ์ ข้อบังคับ มาตรฐานต่างๆ จนสามารถได้รับการอนุญาต</p> <p>การส่งเสริมเชิงรุก หมายถึง การลงพื้นที่เชิงรุกติดตามความก้าวหน้าสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเป้าหมาย จนสามารถได้รับการอนุญาต</p> <p>ได้รับการอนุญาต หมายถึง สถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพได้รับการส่งเสริมจนสามารถได้รับอนุญาต</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๘</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๙</th> <th>ปีงบประมาณ ๗๐</th> <th>ปีงบประมาณ ๗๑</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละ ๙๐</td> <td>ร้อยละ ๙๒</td> <td>ร้อยละ ๙๔</td> <td>ร้อยละ ๙๖</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๖
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑									
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๖									
วัตถุประสงค์	ส่งเสริมสถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต อย่างน้อยอำเภอละ ๑ แห่ง											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑.) สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ อย. ได้แก่ อาหาร ผลิตภัณฑ์สมุนไพรและเครื่องสำอาง</p> <p>๒.) สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เคยได้รับการส่งเสริมแล้ว แต่ยังไม่ได้รับอนุญาตในปีงบประมาณ ๒๕๖๗</p>											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. จากการรายงานผลตามแบบฟอร์มฯ</p> <p>๒. การติดตามประเมินผลในพื้นที่</p>											

แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล				
รายการข้อมูล ๑	-				
รายการข้อมูล ๒	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน ๒ ครั้ง/ปี ครั้งที่ ๑ เดือน กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘ ครั้งที่ ๒ เดือน กรกฎาคม ๒๕๖๘				
เกณฑ์การประเมิน : ระดับ คปสอ. ปีงบประมาณ ๒๕๖๘					
รอบที่ ๒ ระยะเวลาประเมินผลรอบ ๑๐ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๗ - กรกฎาคม ๒๕๖๘) : ใช้สำหรับกำกับติดตาม					
ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน				ค่าคะแนนที่ได้
๑	คณะกรรมการและแผนงานขับเคลื่อน				๔
๒	ระบบฐานข้อมูล				๔
๓	กระบวนการพัฒนาและส่งเสริม				๑๘
๔	การประเมิน ติดตาม				๑๒
๕	ผลลัพธ์การดำเนินการ				๑๒
รวม					๕๐
เกณฑ์การให้คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ผลประเมิน(คะแนน)	≤ ๑๐ คะแนน	๒๐ คะแนน	๓๐ คะแนน	๔๐ คะแนน	๕๐ คะแนน
วิธีประเมินผล : เกณฑ์การให้คะแนน					
การดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	เอกสารประกอบการรายงาน		
คณ ะ ทํ า งาน แล ะ แผนการขับเคลื่อน ระดับอำเภอ	๑.๑) คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน แบบบูรณาการร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ระดับอำเภอ (๑ คะแนน) ๑.๒) การประชุมคณะกรรมการตามคำสั่งฯ อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี (๒ คะแนน) (ประชุม ๑ ครั้ง = ๑ คะแนน, ประชุม ≥ ๒ ครั้ง = ๒ คะแนน) ๑.๓) มีแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ คะแนน)	๔	๑.๑) คำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการฯ ๑.๒) รายงานการประชุม/ ภาพถ่าย ๑.๓) แผนการดำเนินงาน ระดับอำเภอ		
ฐานข้อมูลประกอบการ	๒.๑) ฐานข้อมูลสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่ง ประกอบด้วยข้อมูล ๒.๑.๑ ฐานข้อมูลสถานประกอบการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชน (OTOP) (๑ คะแนน) ๒.๑.๒ ฐานข้อมูลสถานประกอบการ เป้าหมายในการส่งเสริมระดับ	๔	๒.๑) ฐานข้อมูลที่ตรวจสอบ ได้และเป็นปัจจุบัน ๒.๒) มีข้อมูลรายละเอียดของ กลุ่มเป้าหมายที่ต้องการ ส่งเสริม		

	<p>อำเภอนอกเหนือจากข้อ ๒.๑.๑ (๑ คะแนน)</p> <p>๒.๒) กำหนดกลุ่มเป้าหมายสถานประกอบการที่ส่งเสริมให้ได้รับอนุญาตในระดับอำเภอ (๒ คะแนน)</p>		
<p>กระบวนการการส่งเสริมผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้รับอนุญาต</p>	<p>๓.๑) สถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๓.๑.๑ เจ้าหน้าที่ระดับอำเภอผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพ</p> <p>ผู้ตรวจประเมินสถานที่ผลิตภัณฑ์สุขภาพ (๓ คะแนน)</p> <p>๓.๑.๒ ผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายได้รับการอบรมระดับ</p> <p>อำเภอในการยกระดับสถานประกอบการเป้าหมายให้ได้รับอนุญาต (๓ คะแนน)</p> <p>๓.๑.๓ ผู้ประกอบการกลุ่มเป้าหมายได้รับการพัฒนาและได้รับการส่งเสริมเชิงรุก อย่างน้อย ๓ ครั้ง/ปี (๑๒ คะแนน)</p> <p>(เชิงรุก ๑ ครั้ง = ๔ คะแนน, เชิงรุก ๒ ครั้ง = ๘ คะแนน, เชิงรุก ๓ ครั้ง = ๑๒ คะแนน)</p>	๑๘	<p>๓.๑.๑) ได้รับใบรับรองการเข้าร่วมการอบรมฯ ระดับเจ้าหน้าที่</p> <p>๓.๑.๒) ภาพการอบรมผู้ประกอบการเป้าหมายระดับอำเภอ</p> <p>๓.๑.๓) ภาพการลงพื้นที่เพื่อส่งเสริมกลุ่มผู้ประกอบการเป้าหมายเชิงรุก</p>
<p>การประเมินและติดตาม</p>	<p>๔.๑) สถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๔.๑.๑ มีการรายงานความก้าวหน้าในการส่งเสริมพัฒนาของสถานประกอบการเป้าหมาย อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง (๘ คะแนน)</p> <p>(เดือนธันวาคม ๒๕๖๗ - กรกฎาคม ๒๕๖๘ จำนวน ๘ ครั้ง)</p> <p>๔.๑.๒ สถานประกอบการเป้าหมายได้รับการตรวจติดตามประเมินสถานที่จากระดับจังหวัด อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี (๔ คะแนน)</p> <p>(ติดตาม ๑ ครั้ง = ๒ คะแนน, ติดตาม <math>\geq 2</math> ครั้ง = ๔ คะแนน)</p>	๑๒	<p>๔.๑.๑) มีการรายงานผลผ่าน google form</p> <p>๔.๑.๒) ภาพประกอบการลงพื้นที่ติดตามประเมินสถานที่จากจังหวัด</p>



ผลลัพธ์ของการ ดำเนินการ	<p>๕.๑) สถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๕.๑.๑ ร้อยละผลการตรวจประเมินสถานประกอบการเป้าหมาย ที่ได้รับการประเมิน (๖ คะแนน) (ร้อยละ ๑๐-๒๐ = ๑ คะแนน, ร้อยละ ๒๑-๓๐ = ๒ คะแนน, ร้อยละ ๓๑-๔๐ = ๓ คะแนน, ร้อยละ ๔๑-๕๐ = ๔ คะแนน, ร้อยละ ๕๑-๖๐ = ๕ คะแนน, <math>\geq</math> ร้อยละ ๖๐ = ๖ คะแนน)</p> <p>๕.๑.๒ สถานประกอบการผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้รับอนุญาตอย่างน้อย ๑ แห่ง/อำเภอ (๖ คะแนน)</p>	๑๒	<p>๕.๑) สถานประกอบการ ผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๕.๑.๑) แบบประเมินสถานประกอบการที่ผ่านการประเมินจากจังหวัด</p> <p>๕.๑.๒) มีฐานข้อมูลผ่านระบบ skynet</p>		
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่ได้รับการส่งเสริมและ ได้รับการอนุญาต	ร้อยละ	-	-	-
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางธิดารัตน์ จิตรมาส ปฏิบัติราชการในตำแหน่ง นายแพทย์เชี่ยวชาญ สถานที่ทำงาน : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	๑. นางกาญจนา เสี่ยงใส ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๓-๔๙๒๒๘๒๙ สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข				
ผู้ประสานการดำเนินงาน และรายงานผลการ ดำเนินงาน	๑. นายทินกร แสงสวัสดิ์ ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ ๒. นายปริญญาวัฒน์ ธีระนิรันดร์กุล ตำแหน่ง เกษัชกรปฏิบัติการ ๓. นางบุญตา นามแก้ว ตำแหน่ง จพ.เภสัชกรรมชำนาญงาน				
ผู้บันทึกข้อมูลผลการ ดำเนินงาน	๑. นายทินกร แสงสวัสดิ์ ตำแหน่ง เกษัชกรชำนาญการ ๒. นายปริญญาวัฒน์ ธีระนิรันดร์กุล ตำแหน่ง เกษัชกรปฏิบัติการ ๓. นางบุญตา นามแก้ว ตำแหน่ง จพ.เภสัชกรรมชำนาญงาน				

<b>Ranking Template</b>					
กลุ่มงาน	ทันตสาธารณสุข				
ชื่อตัวชี้วัด(ถ้ามี)	๒๔. อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และทันตกรรมป้องกัน (คน)				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๕				
คำนิยาม/ความสำคัญ	บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก และทันตกรรมป้องกัน ได้แก่ การขัดทำความสะอาดฟัน การให้ฟลูออไรด์ การเคลือบหลุมร่องฟัน การบูรณะฟันด้วยเรซินเพื่อป้องกัน (PRR) ฝึกรักษาฟันแบบลงมือปฏิบัติและ plaque control เป็นต้น สำหรับการตรวจฟัน นับเฉพาะการตรวจและการประเมินสภาพช่องปากทั้งปาก และวางแผนการรักษาเท่านั้น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ เป็นภาพรวมทั้งอำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงานระบบ Health Data Center จังหวัด จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตองสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก -> ๓. OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการ P&P เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)				
แหล่งข้อมูล	รวบรวมจากรายงานระบบ Health Data Center จังหวัด				
รายการข้อมูล๑	A = จำนวนประชากรทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน				
รายการข้อมูล๒	B = จำนวนประชากรทั้งหมดในเขตรับผิดชอบ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
เกณฑ์การประเมิน : ตุลาคม ๒๕๖๗ – มีนาคม ๒๕๖๘					
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ผลงาน(ร้อยละ)	< ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๕	≥ ร้อยละ ๒๐
เกณฑ์การประเมิน : เมษายน ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๘					
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
ผลงาน(ร้อยละ)	≤ ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๕	> ร้อยละ ๓๕
ผู้ประสานงาน	นางปิยนุช มาลัย โทร : ๐-๔๕๗๑-๒๒๓๔ ต่อ ๑๑๖ นางชิตหทัย สาระบุรณ์ โทร : ๐-๔๕๗๑-๒๒๓๔ ต่อ ๑๑๖ นางกาญจณี ศุภผลา โทร : ๐-๔๕๗๑-๒๒๓๔ ต่อ ๑๑๖ kanjaneesup@gmail.com	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ E-mail : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ E-mail : hatai.yaso@gmail.com นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ E-mail :			

ภาคผนวก ๑

คะแนนและน้ำหนักรายตัวชี้วัด

KPI Ranking สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์	คะแนน							น้ำหนัก (ร้อยละ)	
			Fix value (10)	นโยบาย กสธ. (5)	นโยบาย เขตฯ (5)	นโยบาย จังหวัด 4C (5)	ตัวชี้วัด ตรวจราชการ (5)	ครอบคลุม รพ.+ สสอ.(5)	รวม (35)		
<b>กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</b>											
1	โรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital										
	1.1 รพท./รพช. ระดับมาตรฐานขึ้นไปและระดับทำลาย	ร้อยละ 90	10	5	0	0	0	5	20	2.685	
	1.2 รพ.สต.(สังกัด สธ.) ผ่านระดับมาตรฐาน	ร้อยละ 80	10	5	0	0	0	5	20	2.685	
<b>กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</b>											
2	ประชาชนที่มารับบริการในระดับปฐมภูมิได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	>ร้อยละ 45	10	5	0	0	0	5	20	2.685	
3	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรค Common Diseases and Symptoms ได้รับยาสมุนไพรเพิ่มขึ้น	>ร้อยละ 10	10	5	0	0	0	5	20	2.685	
<b>กลุ่มงานประกันสุขภาพ</b>											
4	หน่วยบริการมีผลการประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score (TPS) ระดับดีและดีมาก	เกรด A และ B	10	0	5	5	0	0	20	2.685	
5	หน่วยบริการมีผลงานการจัดเก็บรายได้ปีงบประมาณ 2568 เพิ่มขึ้นเปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2567	ร้อยละ 20	10	0	5	5	0	0	20	2.685	

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ											
6	เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย และ IQ $\geq$ 110										
	6.1 เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	$\geq$ ร้อยละ 87	10	5	5	0	0	5	25	3.356	
	6.2 ระดับสติปัญญาเด็ก (IQ)	$\geq$ 110	10	5	5	0	0	5	25	3.356	
กลุ่มงานบริหารทั่วไป											
7	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 94	10	5	5	0	0	5	25	3.356	
กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ											
8	หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ	ร้อยละ 100	10	5	0	0	0	5	20	2.685	
9	9.1 อสม.นั้บคาร์บใน Application Smart อสม.	ร้อยละ 100	10	5	5	5	0	5	30	4.027	
	9.2 อสม.แนะนำประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปนั้บคาร์บใน Application Smart อสม.	ร้อยละ 100	10	5	5	5	0	5	30	4.027	
	9.3 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจได้รับการเยี่ยมบ้านในระยะเวลาที่กำหนดและครบตามจำนวนครั้ง	ร้อยละ 100	10	5	5	5	0	5	30	4.027	
	9.4 ผู้ป่วย NCDs ได้รับการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรมสอน.บัดดี้	ร้อยละ 80	10	5	5	5	0	5	30	4.027	
10	10.1 โรงพยาบาลในเขตสุขภาพผ่านเกณฑ์พัฒนาโรงพยาบาลที่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital) ตามเกณฑ์ที่กำหนด	$>$ ร้อยละ 20	10	5	0	0	0	0	15	2.013	

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด										
10	10.2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c ซ้ำภายใน 90 วัน	≤ร้อยละ10	10	5	5	5	0	5	30	4.027
	10.3 ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจ HbA1c อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	>ร้อยละ 70	10	5	5	5	0	5	30	4.027
11	ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	>ร้อยละ50	10	5	5	5	0	5	30	4.027
12	ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ DM Remission	≥ ร้อยละ 10	10	5	5	5	0	5	30	4.027
13	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke; I60 - I69)	<ร้อยละ 7	10	5	5	5	0	0	25	3.356
14	อัตราการตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	<ร้อยละ 9	10	5	5	5	0	0	25	3.356
15	ผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	>ร้อยละ70	10	5	0	0	0	5	20	2.685
16	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ	<7.8 ต่อแสน ปชก.	10	5	0	0	0	5	20	2.685
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล										
17	จังหวัดยโสธรมีนวัตกรรมหรือผลงานวิชาการระดับประเทศ	10 เรื่อง	10	0	0	5	0	5	20	2.685
กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ										
18	18.1 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 88	10	5	5	5	0	5	30	4.027
	18.2 อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ 85	10	5	5	5	0	5	30	4.027

ศูนย์อุบัติเหตุและการแพทย์ฉุกเฉิน										
19	อัตราความครอบคลุมของพื้นที่ให้บริการหน่วย EMS	ร้อยละ 95	10	0	0	0	0	5	15	2.013
20	เด็กและเยาวชน (ช่วงวัย 3-18 ปี) เข้าร่วมโครงการวัคซีนจราจร (TSY)	ร้อยละ 85	10	0	0	0	0	5	15	2.013
<b>กลุ่มงานสุขภาพจิตจิต</b>										
21	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง	ร้อยละ 100	10	5	0	5	0	0	20	2.685
22	โรงพยาบาลอัจฉริยะระดับทองขึ้นไป		10	5	0	5	0	0	20	2.685
<b>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข</b>										
23	ร้อยละผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการส่งเสริมและได้รับการอนุญาต	ร้อยละ 90	10	5	0	0	0	5	20	2.685
<b>กลุ่มงานทันตสาธารณสุข</b>										
24	อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปากและทันตกรรมป้องกัน	≥ ร้อยละ 35	10	0	0	0	0	5	15	2.013
<b>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข</b>		ไม่มี	0	0	0	0	0	0	0	0.000
<b>กลุ่มงานกฎหมาย</b>		ไม่มี	0	0	0	0	0	0	0	0.000
		<b>รวม</b>							<b>745</b>	<b>100.00</b>

**หมายเหตุ** ในกรณีที่ตัวชี้วัดนั้นมีการปรับถ่วงน้ำหนักคะแนนอำเภอที่มี รพ.สต.ถ่ายโอน/สัดส่วนจำนวนเป้าหมาย/สัดส่วนจำนวนบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มงานได้ปรับถ่วงน้ำหนักคะแนนแต่ละตัวชี้วัดนั้น ๆ แล้วตามที่ระบุในรายละเอียดใน KPI Template

ภาคผนวก ๒

เกณฑ์การประเมิน

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ





# Ranking ปี 2568

## กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ 155 คะแนน

20 คะแนน PCU/NPCU

### ประเมินรอบ 2

- การจัดตั้ง PCU/NPCU** 10 คะแนน
  - นับจำนวนทีมตามแผน
  - การขึ้นทะเบียนทั้งหมด
- การประเมินมาตรฐาน PCU/NPCU** 5 คะแนน
  - ผ่านเกณฑ์การประเมินตามเป้าหมายการขึ้นทะเบียน 10 ปี
- การลงโปรแกรมและใช้งานโปรแกรม สอน.บัดดี** 5 คะแนน
  - หน่วยนับในการประเมิน
  - sw.สค.ทุกแห่ง
  - PCU โรงพยาบาล
  - PCU หมอหาญ,
  - สถานพยาบาลเรือนจำ

120 คะแนน บริการปฐมภูมิ

60 คะแนน ประเมินรอบ 1 รอบ 2      60 คะแนน ประเมินรอบ 2

- การใช้ Application อสม.** 20 คะแนน
  - คัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง
  - ประเมินตนเองในการนับคาร์บ
  - ชวนประชาชนในการนับคาร์บ
- กระบวนการ NCDs ดีได้ด้วยกลไก อสม.** 20 คะแนน
  - สุ่มสัมภาษณ์ 5 ครั้วเรือน
  - การขึ้นทะเบียน อสค.
  - บันทึกกิจกรรมเยี่ยมบ้าน อสม.
- กระบวนการแก้ปัญหา NCDs ในพื้นที่ โดย การจัดตั้งศูนย์คนไทยท่ามกลาง NCDs** 20 คะแนน
  - แผนงาน โครงการ หรือ วิจัย
  - กิจกรรมสื่อสาร รณรงค์
- ดูแลต่อเนื่องด้วยโปรแกรม สอน.บัดดี** 30 คะแนน
  - มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายในโปรแกรม
  - มีการส่งต่อในโปรแกรม
  - การตอบกลับในโปรแกรม
  - มีแผนการดูแลในโปรแกรม
  - มีข้อมูลสรุปกลุ่มป่วยในการดูแลในโปรแกรม
- เชื่อมกันคุณภาพ ผู้ป่วย stroke** 30 คะแนน
  - Input
  - Process
  - Output

15 คะแนน บริการทุติยภูมิ บริการตติยภูมิ

### ประเมินรอบ 2

- 15 คะแนน RLU
- บันไดขั้นที่ 1** นกรรมการ RLU
- บันไดขั้นที่ 2** วิเคราะห์ข้อมูล
- บันไดขั้นที่ 3** กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization
- บันไดขั้นที่ 4** การประเมินผล

แบบประเมิน PCU/NPCU

(หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ)

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....(ประเมินรอบที่ ๒)

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
<b>การจัดตั้ง PCU/NPCU</b>			<b>๑๐</b>	
๑	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้น ทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (หน่วยนับ : จำนวนทีมตามแผนการขึ้นทะเบียนทั้งหมด)	( ) มีการขึ้นทะเบียนตามแผนฯ ร้อยละ ๐ - ๕๐ ( ) มีการขึ้นทะเบียนตามแผนฯ ร้อยละ ๕๑ - ๗๐ ( ) มีการขึ้นทะเบียนตามแผนฯ ร้อยละ ๗๑ - ๙๙ ( ) มีการขึ้นทะเบียนตามแผนฯ ร้อยละ ๑๐๐	๐ คะแนน ๕ คะแนน ๘ คะแนน ๑๐ คะแนน	
<b>การประเมินมาตรฐาน PCU/NPCU</b>			<b>๕</b>	
๒	จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ผ่านเกณฑ์การประเมินมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิ และรับรอง โดย คปคม.จังหวัด (เป้าหมายการขึ้นทะเบียน PCU/NPCU ๑๐ ปี ในตารางที่ ๑)	( ) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๑ - ๒๐ ( ) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๒๑ - ๔๐ ( ) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๔๑ - ๖๐ ( ) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๖๑ - ๘๐ ( ) ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๘๑ - ๑๐๐	๑ คะแนน ๒ คะแนน ๓ คะแนน ๔ คะแนน ๕ คะแนน	
<b>การลงและใช้งานโปรแกรม สอน.บัดดี้</b>			<b>๕</b>	
๓	ผลลัพธ์การจัดการบริการโดยใช้เทคโนโลยี : การลงทะเบียนใช้งาน สอน.บัดดี้ (หน่วยนับ : รพ.สต.ทุกแห่ง รวมถึง PCU โรงพยาบาล, PCU ทมอ หาญ, และสถานพยาบาลเรือนจำ)	( ) มีการลงทะเบียน แต่ยังไม่ครบทุกแห่ง ( ) ลงทะเบียนครบทุกแห่ง และใช้งานน้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ( ) ลงทะเบียนครบทุกแห่ง และใช้งานน้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ( ) ลงทะเบียนครบทุกแห่ง และใช้งานน้อยกว่าร้อยละ ๘๐ ( ) ลงทะเบียนครบ และใช้งานร้อยละ ๑๐๐	๑ คะแนน ๒ คะแนน ๓ คะแนน ๔ คะแนน ๕ คะแนน	
<b>รวมคะแนนทั้งหมด จำนวน ๒๐ คะแนน</b>				

Base Line RANKING ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง

ตารางที่ ๑ ตัวชี้วัดที่ หน่วยบริการผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพตามมาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ร้อยละ ๑๐๐

อำเภอ	เป้าหมายข้อ ๑, ๒	Base Line ข้อ ๑		Base Line ข้อ ๒		เป้าหมายข้อ ๓	Base Line ข้อ ๓	
		ผลงาน	ร้อยละ	ผลงาน	ร้อยละ		ผลงาน	ร้อยละ
เมืองยโสธร	๑๑	๖	๕๔.๕๕	๖	๕๔.๕๕	๒๖	N/A	๐.๐๐
ทรายมูล	๓	๓	๑๐๐	๓	๑๐๐.๐๐	๑๐	N/A	๐.๐๐
กุดชุม	๗	๗	๑๐๐	๓	๔๒.๘๖	๑๔	N/A	๐.๐๐
คำเขื่อนแก้ว	๖	๖	๑๐๐	๖	๑๐๐.๐๐	๑๗	N/A	๐.๐๐
ป่าติ้ว	๓	๓	๑๐๐	๓	๑๐๐.๐๐	๘	N/A	๐.๐๐
มหาชนะชัย	๖	๓	๕๐	๓	๕๐.๐๐	๑๗	N/A	๐.๐๐
ค้อวัง	๒	๒	๑๐๐	๒	๑๐๐.๐๐	๗	N/A	๐.๐๐
เลิงนกทา	๙	๙	๑๐๐	๙	๑๐๐.๐๐	๑๙	N/A	๐.๐๐
ไทยเจริญ	๓	๓	๑๐๐	๓	๑๐๐.๐๐	๗	N/A	๐.๐๐
รวม	๕๐	๔๒	๘๔.๐๐	๓๘	๗๖.๐๐	๑๒๕	๐	๐.๐๐

หมายเหตุ :

- เป้าหมายข้อ ๑, ๒ คือ จำนวนทีมของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามแผนการขึ้นทะเบียนทั้งหมดครอบคลุมทั้งอำเภอ
- เป้าหมายข้อ ๓ คือ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิทุกแห่ง ได้แก่ รพ.สต., สอน., ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาล, ศูนย์สุขภาพชุมชนหมอหาญ และสถานพยาบาลเรือนจำ

แบบประเมิน NCDs ดีได้ด้วย กลไก อสม.

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร  
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน ..... (ประเมินรอบ ๑ และรอบที่ ๒)

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
<b>๑. การใช้แอปพลิเคชันใน อสม. (ประเมินรอบที่ ๑)</b>				
๑	หมอคนที่ ๑ มีการใช้งาน Application Smart อสม. ในการสำรวจคัดกรองสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป - ดูข้อมูลที่แอปพลิเคชัน สมาร์ทอสม.การคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพ	( ) ร้อยละ ๐ - ๕๐ ( ) ร้อยละ ๕๑ - ๘๙ ( ) ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป	๑ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๒	หมอคนที่ ๑ มีการใช้ Application Smart อสม. ประเมินตนเองในการนับคาร์บ ร้อยละ ๑๐๐ - ดูข้อมูลที่ระบบ ๓ หมอรู้จักคุณ การนับคาร์บ	( ) ร้อยละ ๐ - ๕๐ ( ) ร้อยละ ๕๑ - ๙๙ ( ) ร้อยละ ๑๐๐	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๓	หมอคนที่ ๑ อสม.ในการชวนประชาชนนับคาร์บ ร้อยละ ๑๐๐ - ดูข้อมูลที่ระบบ ๓ หมอรู้จักคุณ การนับคาร์บ	( ) ร้อยละ ๐ - ๕๐ ( ) ร้อยละ ๕๑ - ๙๙ ( ) ร้อยละ ๑๐๐	๑ คะแนน ๕ คะแนน ๑๐ คะแนน	
<b>๒. กระบวนการดำเนินงาน NCDs ดีได้ด้วย กลไก อสม. (ประเมินรอบที่ ๑)</b>				
๔	ประชาชนอายุ ๓๕ ปี ตอบคำถามการดูแลสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ (เกี่ยวกับโรค NCDs) - สุ่มสัมภาษณ์หลังคาเรือนในพื้นที่ (๕ หลังคาเรือน)	ใจและตอบคำถามได้ ๓ หลังคาเรือน ใจและตอบคำถามได้ ทุกหลังคาเรือน	๑ คะแนน ๕ คะแนน	
๕	มีทะเบียนการบันทึกข้อมูล อสค.โดยมีจำนวน อสค.เท่ากับจำนวนผู้ป่วย NCDs ในพื้นที่ - ดูแฟ้มรายการขึ้นทะเบียน อสค. หรือ โปรแกรมทะเบียน อสค.ที่พื้นที่ ใช้จัดเก็บการขึ้นทะเบียน (อสค. ใดๆอย่างหนึ่ง)	( ) ไม่มีทะเบียนหรือแฟ้มรายการบันทึกข้อมูล อสค. ( ) มีทะเบียน อสค.โดยบันทึกแต่ไม่แล้วเสร็จ ( ) มีทะเบียน อสค.และบันทึกสมบูรณ์ เป็นปัจจุบัน	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	

๖	<p>สมุดบันทึกอสม.ในพื้นที่ มีการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย NCDs ต่อเนื่องอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง</p> <p>- ดูสมุดบันทึก กิจกรรมของอสม.การเยี่ยมบ้าน</p>	<p>( ) อสม.ในพื้นที่ไม่มีสมุดบันทึกการเยี่ยมบ้าน</p> <p>( ) อสม.ในพื้นที่มีการบันทึกการเยี่ยมบ้าน</p> <p>เป็นบางคนไม่ครบทุกคน</p> <p>( ) อสม.ในพื้นที่ทุกคนมีการบันทึกการเยี่ยมบ้านทุกรายและเป็นปัจจุบัน</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p> <p>๑๐ คะแนน</p>	
<b>รวมคะแนนรอบที่ ๑ จำนวน ๔๐ คะแนน</b>				
ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนนที่ได้
		เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
<b>๓. กระบวนการแก้ไขปัญหา NCDs ในพื้นที่ โดย การจัดตั้งศูนย์คนไทยห่างไกล NCDs (ประเมินรอบที่ ๒)</b>				
๗	<p>มีแผนงานโครงการหรือวิจัยแก้ไขปัญหาโรค NCDs ในพื้นที่</p> <p>- แผนงาน</p> <p>- โครงการ / วิจัย</p> <p>- สรุปผลการดำเนินการ</p> <p>- แบบประเมินพฤติกรรมผู้ร่วมกิจกรรมโครงการฯ</p>	<p>( ) ไม่มีแผนงานโครงการ</p> <p>( ) มีแผนงาน โครงการอยู่ระหว่างการดำเนินการ</p> <p>( ) มีแผนงานโครงการและมีครบทุกข้อ</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p> <p>๑๐ คะแนน</p>	
๘	<p>มีกิจกรรมสื่อสาร รณรงค์ การนั้บคาร์บหรือการป้องกันโรค NCDs ในพื้นที่</p> <p>- ภาพกิจกรรมการรณรงค์ที่เป็นปัจจุบัน</p> <p>- สรุปการบันทึกประชุมประจำเดือน/การประชุมประชาคมรณรงค์ (มีอย่างใดอย่างหนึ่ง)</p>	<p>( ) มีกิจกรรมแต่ไม่ปัจจุบันในปีงบประมาณ</p> <p>( ) มีกิจกรรมรณรงค์ที่เป็นปัจจุบันในปีงบประมาณ</p>	<p>๒ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p>	
<b>รวมคะแนน รอบที่ ๒ จำนวน ๒๐ คะแนน</b>				

แบบประเมิน ระบบการเยี่ยมบ้านคุณภาพ  
ใช้เกณฑ์คุณภาพงานเยี่ยมบ้าน สำนักงานพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร  
วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....(ประเมิน รอบที่ ๒)

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
Input			๑๘		
ระบบงาน Stroke					
๑	มีระบบการดูแลเชื่อมโยงจากโรงพยาบาลมาถึงบ้านที่สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย	- คู่มือ/เอกสารที่แสดงระบบการดูแลต่อเนื่องของ CUP - Flow chart การดูแลต่อเนื่อง	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
๒	มีระบบฐานข้อมูลการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสะดวกในการใช้	- ทะเบียนข้อมูลผู้ป่วย Stroke - แบบฟอร์มการส่งต่อ	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
๓	มีระบบสร้างภาคีเครือข่ายสนับสนุนความร่วมมือจากชุมชน	- รายงานการประชุมของภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ - รายชื่อภาคีเครือข่าย	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
ทีมเยี่ยมบ้านของสถานบริการปฐมภูมิ Stroke					
๔	เยี่ยมโดยพยาบาลวิชาชีพ (กรณีที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพสามารถใช้พยาบาลวิชาชีพ จากหน่วยบริการอื่นในเครือข่ายได้)	- ใบมอบหมายงานตามลักษณะความต้องการการดูแล - เอกสารขอบเขตความรับผิดชอบตาม flow chart	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
๕	เยี่ยมโดยบุคลากรสาธารณสุขอื่น ๆ ของหน่วยปฐมภูมินั้น	ในข้อ ๑	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๖	เยี่ยมโดยบุคลากรของหน่วยปฐมภูมิ ร่วมกับทีมภาคี เครือข่ายจากหน่วยงานอื่น ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน	- บันทึกการเยี่ยมบ้าน	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>การทำงานเป็นทีม (ทั้งภายในและภายนอก) Stroke</b>					
๗	ทีมสหสาขาวิชาชีพติดขอบเยี่ยมบ้านตามขอบเขต สาขาวิชาชีพ และทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ	- ใบบอกหมายงาน - เอกสารขอบเขตความรับผิดชอบตาม flow chart ในข้อ ๑ - บันทึกการเยี่ยมบ้านของแต่ละสาขาวิชาชีพ	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
๘	มีพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการ กำหนดเป้าหมายการเยี่ยม ผู้ป่วย การวางแผนจำหน่าย และจัดทีมเยี่ยมบ้าน	- คำสั่งแต่งตั้ง/คำสั่งมอบหมายงาน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๙	มีการวางแผนการจำหน่าย/ปรับแผนตามสภาพปัญหา ผู้ป่วย และมีการประเมินผลลัพธ์การดูแลร่วมกันของทีม เยี่ยมบ้าน	- แผนการจำหน่าย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>สมรรถนะของทีมเยี่ยมบ้าน Stroke</b>					
๑๐	มีความรู้เรื่องโรค ยา อาการแทรกซ้อน / ซ้ำซ้อน สามารถคัดกรอง และส่งต่อได้ทันเวลา	- สัมภาษณ์ทีมเยี่ยมบ้าน - ทำแบบทดสอบ ๒๐ ข้อ ตามตารางที่ ๑	( ) ต่ำกว่า ๑๓ ข้อ ( ) มากกว่า ๑๓ ข้อ	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๑๑	มีเครื่องมือประเมินตามสภาพผู้ป่วยตามความเหมาะสม	- เอกสารหลักฐานการใช้เครื่องมือที่เหมาะสม กับ ผู้ป่วยแต่ละโรค ตาม Flow chart การดูแล ต่อเนื่อง	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๑๒	มีการวิเคราะห์ต้นทุนทางสังคม ข้อมูลความเจ็บป่วย และ คืนข้อมูล เพื่อ empowerment ให้เกิดความร่วมมือ	- บันทึกการเยี่ยมบ้าน - จากการสอบถามชุมชน/ผู้ป่วย/ญาติ เกี่ยวกับการคืนข้อมูล	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>การสร้างการมีส่วนร่วม Stroke</b>					
๑๓	พัฒนาให้เกิดภาคีเครือข่ายภาครัฐ และภาคเอกชน เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการเยี่ยมบ้าน	- เอกสาร/ภาพถ่ายแสดงความร่วมมือของ ภาคี เครือข่าย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๑๔	สร้างความเข้มแข็งและขยายเครือข่ายภาคประชาชน มีบทบาทร่วมทีมเยี่ยมบ้าน	- เอกสาร/ภาพถ่ายกิจกรรมแสดงความ ร่วมมือของ ประชาชน - กองทุน - กรรมการ	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
๑๕	มีระบบสอน แนะนำ ที่ช่วยให้ อสม./จิตอาสา รู้วิธีปฏิบัติ ในบทบาททีมเยี่ยมบ้านภาคประชาชน	- เอกสาร/ภาพถ่ายแสดงการสอนแนะนำทีม เยี่ยม บ้านภาคประชาชน - คู่มือ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้</b>					
๑๖	มีอุปกรณ์เยี่ยมบ้านครบถ้วนสภาพพร้อมใช้	- กระเป๋าเยี่ยมบ้านครบถ้วนสภาพพร้อมใช้ <b>(ตามรายการในตารางที่ ๒)</b>	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
๑๗	มีการบริหารจัดการวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องใช้ให้มี ประสิทธิภาพเพียงพอต่อการใช้	- หลักฐานการตรวจสอบอุปกรณ์เครื่องใช้ รายวัน เช่น กระเป๋าเยี่ยมบ้านฯ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	



ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๑๘	มีการประยุกต์ใช้อุปกรณ์ที่มีในบ้าน /ชุมชนเพื่อให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย	- เอกสาร/ภาพถ่าย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>Process</b>					
<b>กลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้านภาพรวม</b>					
๑๙	มีเกณฑ์คัดกรองกำหนดกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย Stroke ในการเยี่ยมบ้าน	- เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย Stroke	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๐	มีระบบสารสนเทศผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายเยี่ยมบ้านเป็นปัจจุบัน	- ข้อมูลระบบสารสนเทศที่ใช้	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๑	มีผังแสดงความชุกของกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ตามระดับความรุนแรง	- SPOT MAP	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>กระบวนการเยี่ยมบ้าน Stroke</b>					
๒๒	มี CM ในการจัดการพยาบาลผู้ป่วย	- เจ้าหน้าที่ ผ่านการอบรมหลักสูตร CM	( ) ไม่มี ( ) มีแผนอบรม ( ) อบรมแล้ว	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๒๓	มี CG ในการดูแลผู้ป่วย	- อสม./ญาติ/อาสาสมัคร ผ่านการอบรมหลักสูตร CG	( ) ไม่มี ( ) มีแผนอบรม ( ) อบรมแล้ว	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๒๔	มีกระบวนการเยี่ยมบ้านตามแผนการรักษาและความถี่ การเยี่ยมบ้าน ตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อมุ่งส่งเสริมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย <b>หมายเหตุ :</b> ภายใน CUP ร่วมกันหาแนวทางการดูแล ผู้ป่วยรายโรค และแผนการเยี่ยมบ้าน	- แนวทางการดูแลผู้ป่วยรายโรค - แผนการเยี่ยมบ้าน ประกอบกับบันทึก การเยี่ยมบ้านและผลการเยี่ยมบ้าน - Care Plan ๑ เคส เลือก เคส ที่ดีที่สุด	( ) ไม่มี ( ) มีไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๒๕	มีการเยี่ยมบ้านในกรณีเกิดภาวะเฉียบพลันได้ทันเวลาตาม สภาพความรุนแรง/ ซับซ้อนของแต่ละโรค <b>หมายเหตุ :</b> ภายใน CUP ร่วมกันหาแนวทางปฏิบัติการ เยี่ยมบ้านกรณีเกิดภาวะเฉียบพลัน	- แนวทางปฏิบัติการเยี่ยมบ้านกรณีเกิดภาวะ เฉียบพลัน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๖	มีการติดตาม ควบคุม กำกับ ผลการดำเนินงาน	- สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้ปฏิบัติงานเยี่ยม บ้าน - รายงานสรุปประเมินผล	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>กิจกรรมการพยาบาลที่บ้าน Stroke</b>					
๒๗	ติดตามผลการรักษา / ทำหัตถการที่จำเป็น / ฟิ้นฟูสภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน	- บันทึกการเยี่ยมบ้าน - สุ่มเยี่ยมบ้าน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๒๘	ให้การพยาบาลเพื่อลดอาการไม่สุขสบาย/ อาการบวมน		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๒๙	การประสานเพื่อการรักษาเบื้องต้น /ส่งต่อ / ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือตามความเหมาะสม		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>การประสานการดูแลต่อเนื่อง Stroke</b>					
๓๐	มีช่องทางการสื่อสารเพื่อประสานและปรับแผนการจำหน่ายตามภาวะของผู้ป่วยระหว่างเครือข่ายบริการที่มีประสิทธิภาพ	- หลักฐานช่องทางการสื่อสาร เช่น ไลน์ ฯลฯ - บันทึกการรับโทรศัพท์	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๑	มีผู้รับผิดชอบหลักในการวางแผนจำหน่ายทุกหน่วยบริการ	- หลักฐานการมอบหมายงาน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๒	ระบบข้อมูล สารสนเทศ เทคโนโลยีการสื่อสารข้อมูลงานเยี่ยมบ้านระหว่างสถานบริการที่เหมาะสมกับบริบท	- หลักฐานช่องทางการสื่อสาร - แบบบันทึกการส่งต่อ line หรือช่องทางอื่น ๆ - ข้อมูลจาก HDC	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>ศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (COC) Stroke</b>					
๓๓	มีการดำเนินการวางแผนจำหน่ายและการจัดการสารสนเทศ ข้อมูลการดูแลต่อเนื่องการประสาน ส่งต่อหน่วยงานต่าง ๆ	- หลักฐานการประสานข้อมูลการดูแล - หลักฐานการส่งต่อ	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๔	มีทีมงานและมีการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน	- หลักฐานการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายฯ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๕	มีศูนย์/เครือข่าย แหล่งสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ใช้ที่บ้านผู้ป่วย	- หลักฐานการสนับสนุนเครื่องมือ อุปกรณ์ โดย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
		ศูนย์ฯ ในกรณีไม่มีของหน่วยงานเองต้อง บอกได้ว่า ใช้ร่วมกับใคร			
<b>การเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ Stroke</b>					
๓๖	มีระบบการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างหน่วยบริการ กรณี ผู้ป่วยส่งต่อมีปัญหาซับซ้อน	- หลักฐานการเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่าง หน่วยงาน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๗	มีการใช้แผนการจำหน่ายร่วมกันระหว่างสถานบริการต่าง ระดับ		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๓๘	มีกระบวนการให้คำปรึกษา/ระบบพี่เลี้ยงในระดับ ตติยภูมิ / ทุตติยภูมิ / ปฐมภูมิ	- หลักฐานการจัดระบบพี่เลี้ยงในเครือข่าย	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>การบันทึกข้อมูลการเยี่ยมบ้าน Stroke</b>					
๓๘	มีการบันทึกข้อมูลการให้บริการทุกครั้ง	- บันทึกการเยี่ยมบ้าน	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๔๐	มีข้อมูลการเปลี่ยนแปลงปัญหาสุขภาพและการดูแล ช่วยเหลือที่ตรงความต้องการ		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๔๑	มีการบันทึกที่แสดงถึงการใช้กระบวนการพยาบาลกำหนด ประเด็นปัญหาและแผนการดูแลครั้งต่อไปสอดคล้องกับ ภาวะผู้ป่วย		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
<b>รวม ๔๔ คะแนน</b>					

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
<b>Output</b>					
ผลการปฏิบัติงานการเยี่ยมบ้าน Stroke (Pre hos, In hos, Pos hos) (ใช้ข้อมูลผู้ป่วย Stroke ปิงบประมาณ ๖๘)					
๔๒	<b>Pre hospital</b> - ความรู้ อสม. - ความรู้ กลุ่มเสี่ยง	- ข้อมูลเพิ่มขึ้น - ความรู้ อสม. เพิ่มขึ้น - ความรู้ กลุ่มเสี่ยง เพิ่มขึ้น - บันทึกผลการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่แยก รายบุคคล	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มี ครบ	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๔๓	<b>In hospital</b> - ข้อมูลในศูนย์ดูแลต่อเนื่อง - มีอุปกรณ์เพียงพอ - ยา เวชภัณฑ์ เพียงพอ	- บันทึกการจ่าย และคืน อุปกรณ์	( ) ไม่มี ( ) มี ไม่ครบ ( ) มี ครบ	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๔๔	<b>Pos hospital</b> - อัตราผู้ป่วยส่งกลับจาก รพศ./รพท./รพช.ได้รับการ เยี่ยมบ้านภายใน ๑๔ วัน ร้อยละ ๑๐๐ - อัตราผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านสามารถควบคุม ภาวะโรค/ดูแลตนเองได้ ร้อยละ ๘๐	- ข้อมูล ใน HDC	( ) ไม่ ทั้ง ๒ ( ) ผ่าน ๑ ( ) ผ่านทั้ง ๒	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
<b>ประสิทธิผลของผู้ให้บริการเยี่ยมบ้าน Stroke</b>					
๔๕	ความพึงพอใจของทีมเยี่ยมบ้าน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ (ใช้แบบฟอร์มตามที่แต่ละหน่วยงานกำหนด)		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	
๔๖	ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๙๐ (ใช้แบบฟอร์มตามที่แต่ละหน่วยงานกำหนด)		( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
รวม ๘ คะแนน					
นวัตกรรม					
๔๗	นวัตกรรมในการเยี่ยมบ้าน Stroke STEMI	- เอกสารการนำเสนอนวัตกรรม	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๓ คะแนน	
รวม ๓ คะแนน					
รวมทั้งหมด ๕๕ คะแนน					

แบบประเมิน การพัฒนาระบบบริการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วยโปรแกรม สอน.บัดดี้ ในผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ( Stroke, STEMI, HT, DM, CKD)

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....

ประเมิน รอบที่ ๒ ตัดข้อมูล ณ วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ (พื้นที่เลือก รพ.สต.ที่ดีที่สุด)

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
<b>Input</b>					
๑	มีข้อมูลนำเข้ากลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย NCDs ที่ได้รับบริการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ในโปรแกรม สอน.บัดดี้ ร้อยละ ๑๐๐ เมื่อเทียบกับ HDC Report (ประเมินในโปรแกรม สอน.บัดดี้)	- ทะเบียนผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ในโปรแกรม HDC - ทะเบียนเยี่ยมบ้าน : Register List ในโปรแกรม สอน.บัดดี้ เทียบกับ HDC Report	( ) ร้อยละ ๐ - ๓๐ ( ) ร้อยละ ๓๑ - ๕๐ ( ) ร้อยละ ๕๑ - ๗๙ ( ) ร้อยละ ๑๐๐	๐ คะแนน ๑๐ คะแนน ๑๕ คะแนน ๒๐ คะแนน	
<b>Process</b>					
๒	มีการส่งต่อผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ในการดูแลต่อเนื่องในโปรแกรม สอน.บัดดี้ (ประเมินในโปรแกรม สอน.บัดดี้)	- มีการนัดหมายเยี่ยมบ้านจาก Smart COC จาก โรงพยาบาล ( Stroke, STEMI, CKD )	( ) ร้อยละ ๐ - ๓๐ ( ) ร้อยละ ๓๑ - ๕๐ ( ) ร้อยละ ๕๑ - ๗๙ ( ) ร้อยละ ๑๐๐	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๗ คะแนน ๑๐ คะแนน	
		- มีการสร้างการนัดหมายเยี่ยมบ้านภายในหน่วย บริการตนเอง PCU/ รพ.สต. (HT, DM สีเหลือง และ สีแดง) (CKD Stage ๔,๕) <i>* ต้องมีทะเบียนแสดงจำนวน ผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย</i>	( ) ร้อยละ ๐ - ๓๐ ( ) ร้อยละ ๓๑ - ๕๐ ( ) ร้อยละ ๕๑ - ๗๙ ( ) ร้อยละ ๑๐๐	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๗ คะแนน ๑๐ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
๓	มีการตอบรับผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ในการดูแลต่อเนื่อง ในโปรแกรม สอน.บัดดี้ (ประเมินในโปรแกรม สอน.บัดดี้)	- มีการตอบรับผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ในการดูแล ต่อเนื่องในโปรแกรม สอน.บัดดี้	( ) ร้อยละ ๐ - ๘๐ ( ) ร้อยละ ๘๐ - ๙๙ ( ) ร้อยละ ๑๐๐	๐ คะแนน ๗ คะแนน ๑๐ คะแนน	
๔	มีแผนการดูแล (ส่งต่อ/ติดตามต่อ/ไม่ติดตามต่อ) (ประเมินในโปรแกรม สอน.บัดดี้)	- ดูข้อมูลในโปรแกรม สอน.บัดดี้	( ) ร้อยละ ๐ - ๘๐ ( ) ร้อยละ ๘๐ - ๙๙ ( ) ร้อยละ ๑๐๐	๐ คะแนน ๑๕ คะแนน ๒๐ คะแนน	
<b>Output</b>					
๕	สรุปข้อมูลผู้ป่วยกลุ่ม NCDs ในการดูแลต่อเนื่อง ใน โปรแกรม สอน.บัดดี้ (ประเมินในโปรแกรม สอน.บัดดี้)	- ดูข้อมูลในโปรแกรม สอน.บัดดี้ มีผลการ เยี่ยม บ้านในภาพอำเภอ (ดีขึ้น/คงที่/แย่ลง/ ประเมิน ไม่ได้) (สุ่มดูในโปรแกรม ๑๐ ราย)	( ) ร้อยละ ๐ - ๖๐ ( ) ร้อยละ ๖๑ - ๘๐ ( ) ร้อยละ ๘๑ - ๙๙ ( ) ร้อยละ ๑๐๐	๐ คะแนน ๑๕ คะแนน ๒๐ คะแนน ๓๐ คะแนน	
<b>รวมคะแนนทั้งหมด ๑๐๐ คะแนน</b>					



แบบประเมิน การพัฒนาห้องปฏิบัติการทางการแพทย์อย่างสมเหตุผล (RLU hospital)

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน .....(ประเมิน รอบที่ ๒)

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
<b>บันไดขั้นที่ ๑ กรรมการ RLU</b>					
๑	แต่งตั้งคณะกรรมการ RLU และแต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลัก (อาจเรียกว่า Mr. RLU หรือ RLU coordinator ฯลฯ)	- คำสั่งแต่งตั้งกก. RLU ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ และผู้รับผิดชอบ หลักที่ลงนามโดย ผอ.รพ.หรือผู้บริหารสูงสุด - หลักฐานการประชุม / มติ / การนำไปปฏิบัติ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑๐ คะแนน	
๒	จัดทำประกาศเจตนารมณ์มุ่งสู่ RLU hospital ที่ลงนามโดยผอ.รพ.	- ประกาศเจตนารมณ์ RLU ที่ผอ.รพ.หรือผู้บริหารสูงสุดลงนาม เป็นลายลักษณ์อักษร - หลักฐานการสื่อสาร ที่ผู้เกี่ยวข้องลงนามรับทราบ	( ) ไม่มี ( ) มี	๐ คะแนน ๑๐ คะแนน	
<b>บันไดขั้นที่ ๒ วิเคราะห์ข้อมูล</b>					
๓	วิเคราะห์ข้อมูล และคัดเลือก โรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization)	- หลักฐานการประชุม และมติ รายงานผลวิเคราะห์ข้อมูลและคัดเลือกโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหาในการสั่งตรวจ (overutilization และ/หรือ underutilization) - บัญชีรายการโรค หรือภาวะ หรือรายการตรวจที่เป็นปัญหา (overutilization และ/หรือ underutilization)	( ) ไม่มี ( ) มี ๑ ข้อ ( ) มีครบ	๐ คะแนน ๑๐ คะแนน ๒๐ คะแนน	

ข้อ	รายละเอียดการประเมิน	ข้อมูลสนับสนุน	เกณฑ์การให้คะแนน		คะแนน ที่ได้
			เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	
บันไดขั้นที่ ๓ กำหนดมาตรการเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization					
๔	กำหนดมาตรการ หรือแนวทางปฏิบัติเพื่อลด overutilization และ/หรือ underutilization	<ul style="list-style-type: none"> <li>- มีหลักฐานแสดงมาตรการ หรือประกาศ หรือแนวทางของ รพ. ที่กำหนดในการปฏิบัติงาน</li> <li>- มีคู่มือแนวทางการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสมเหตุผล (Rational Laboratory Use, RLU)</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ๑ ข้อ <input type="checkbox"/> มีครบ	๐ คะแนน ๑๐ คะแนน ๒๐ คะแนน	
บันไดขั้นที่ ๔ การประเมินผล					
๕	มีการกำหนดตัวชี้วัด และการประเมินผล RLU (ตัวชี้วัดด้าน overutilization และ/หรือ underutilization)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- หลักฐานการกำหนดเป็นตัวชี้วัด RLU ของ รพ.ที่ระบุเป้าหมาย วัดผลได้ ที่ผอ.รพ.หรือผู้บริหารสูงสุด ลงนามเป็นลายลักษณ์ อักษร</li> <li>- หลักฐานการประเมินผลตัวชี้วัด RLU</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี ๑ ข้อ <input type="checkbox"/> มีครบ	๐ คะแนน ๑๐ คะแนน ๒๐ คะแนน	
๖	โรงพยาบาลผ่านการรับรองมาตรฐาน RLU	- หลักฐานการผ่านการรับรอง	<input type="checkbox"/> ไม่ผ่าน <input type="checkbox"/> ยื่นหลักฐานขอรับการประเมิน <input type="checkbox"/> ประเมินแล้ว รอผลการประเมิน <input type="checkbox"/> ผ่านการรับรอง	๐ คะแนน ๕ คะแนน ๑๐ คะแนน ๒๐ คะแนน	
<b>รวมทั้งหมด ๑๐๐ คะแนน</b>					

ภาคผนวก ๓

เกณฑ์การประเมิน

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด

เกณฑ์การให้คะแนนประเมินผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๑.	<p>การกำหนดนโยบายในการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</p> <p>๑.๑ มีการกำหนดเป็นนโยบายและปัญหาสำคัญ</p> <p>๑.๒ มีแผนงาน/โครงการแก้ปัญหา</p> <p>๑.๓ มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ ที่จะแก้ปัญหา เครือข่ายทั้งใน/นอกหน่วยงานแบบมีส่วนร่วม มีการประชุมและติดตาม มอบหมายภารกิจ และข้อสั่งการในการดำเนินงาน</p> <p>๑.๔ จัดเตรียมคน เงิน ของ(วัสดุ/สิ่งของ) ให้มีความพร้อมในการดำเนินงาน</p> <p>๑.๕ มีการใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษา และส่งต่อ ผ่านแอฟริเคชั่นหมอพร้อม Line OA Tiktok ฯลฯ</p> <p>๑.๖ มีช่องทางกำกับ ติดตาม ประเมินผลการปฏิบัติงาน</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ</p> <p>(๑๐ คะแนน) มี ๕-๖ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p>	<p>- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน ระดับอำเภอ</p> <p>- การประชุม/บันทึกถายงานการประชุม</p> <p>- แผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา การควบคุมระดับน้ำตาล</p> <p>-มีมติและข้อสั่งการ</p> <p>-บันทึก/หนังสือประสานงาน</p> <p>-ภาพถ่ายกิจกรรม</p> <p>- การกำกับ ติดตามและประเมินผล</p>

รวมคะแนนที่ได้.....คะแนน (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน)

หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๒.	<p>กระบวนการสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</p> <p>๒.๑ มีการสร้างการรับรู้ สื่อสาร สร้างความตระหนักด้วย Key message “<u>๕ รู้ ๒ ไม่ ใส่ใจนับคาร์บ</u>” จังหวัดยโสธร</p> <p>๒.๒ มีแนวทางการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีระดับอำเภอ กำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพที่ชัดเจน</p> <p>๒.๓ มีแผนการตรวจ HbA๑c และ Lab ประจำปี</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ</p> <p>(๑๐ คะแนน) มี ๕-๖ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p>	<p>-มีแนวทางการดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ</p> <p>- แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ</p> <p>-แผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>-เอกสารหลักฐาน สมุดบันทึกประจำตัว</p>
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๒.	<p>๒.๔ มีกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p> <p>๒.๕ บุคลากรผ่านการอบรมหลักสูตรเพิ่มสมรรถนะทุกหน่วย บริการ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในระดับอำเภอ อย่างน้อย ๓ ครั้ง</p> <p>๒.๖ มีการเพิ่มคุณภาพด้วยงานวิจัย อย่างน้อย ๓-๕ เรื่อง</p>			<p>-แบบติดตาม ประเมินกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>-ภาพกิจกรรม</p>
<p>รวมคะแนนที่ได้..... คะแนน (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน)</p>				

หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๓.	<p>ผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p> <p>๓.๑ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการเจาะ HbA๑C อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี</p> <p>๓.๒ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</p>	<p>(๑๐ คะแนน) &lt;๕๐%</p> <p>(๑๕ คะแนน) ๕๐-๕๙%</p> <p>(๒๐ คะแนน) ๖๐-๖๙%</p> <p>(๒๕ คะแนน) ๗๐-๗๙%</p> <p>(๓๐ คะแนน) &gt; ๘๐%</p> <p>(๑๐ คะแนน) &lt;๒๐%</p> <p>(๒๐ คะแนน) &gt;๒๐-๓๐%</p> <p>(๓๐ คะแนน) &gt;๓๐-๔๐%</p> <p>(๔๐ คะแนน) &gt;๔๐-๕๐%</p> <p>(๕๐ คะแนน) &gt; ๕๐%</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑๕ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒๕ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๔๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕๐ คะแนน</p>	ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC
รวมคะแนนที่ได้..... คะแนน (คะแนนเต็ม ๘๐ คะแนน)				
รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด..... คะแนน (คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน)				

เกณฑ์การให้คะแนนผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ DM Remission ประจำปี ๒๕๖๘  
 กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๑.	การขับเคลื่อนนโยบายระดับอำเภอ ๑.๑ มีประกาศเป็นนโยบายสำคัญ ๑.๒ มีคณะกรรมการ/คณะทำงานขับเคลื่อนนโยบาย DM Remission ระดับอำเภอ โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และประชุมอย่างต่อเนื่อง ๑.๓ มีแผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน ๑.๔ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าร่วมโครงการ ฯ มีหลักเกณฑ์ชัดเจน ใช้เทคโนโลยีในการดำเนินงาน ๑.๕ โรงพยาบาล/รพ.สต.สังกัด สธ.มีกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ๑.๖ มีแนวทางการดำเนินงานและกำหนดบทบาทสหวิชาชีพในการดำเนินงานที่ชัดเจน ๑.๗ มีการบริหารจัดการ คน เงิน สิ่งของให้เพียงพอ ๑.๘ มี Best Practice ของเครือข่ายอย่างน้อย ๑ เรื่อง ๑.๙ มีการกำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงาน	(๑๐ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ (๒๐ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ (๕๐ คะแนน) มี ๕-๙ ข้อ	<input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน <input type="checkbox"/> ๒๐ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕๐ คะแนน	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานระดับอำเภอ - วาระการประชุม/รายงานการประชุม - แผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงาน - ภาพถ่ายกิจกรรม
รวมคะแนนที่ได้..... คะแนน (คะแนนเต็ม ๕๐ คะแนน)				

หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๒.	<p>กระบวนการดำเนินงาน</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยเบาหวานเข้าร่วมโครงการ DM Remission</p> <p>๒.๒ มีหน่วยบริการในเครือข่ายเข้าร่วมดำเนินงาน โครงการ DM Remission</p> <p>๒.๓ มีการรายงานผลการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>๒.๔ มีการวิเคราะห์และสรุปผลการดำเนินงาน และนำเสนอผู้บริหารระดับอำเภอ</p>	<p>(๑๐ คะแนน) &lt; ๓ %</p> <p>(๓๐ คะแนน) &gt; ๓-๕ %</p> <p>(๕๐ คะแนน) &gt; ๕ %</p> <p>(๕ คะแนน) &lt; ๑๐ %</p> <p>(๑๐ คะแนน) ๑๐-๒๙ %</p> <p>(๑๕ คะแนน) ๓๐-๔๙ %</p> <p>(๓๐ คะแนน) ๕๐-๕๙%</p> <p>(๕๐ คะแนน) &gt; ๖๐%</p> <p>(ส่งสม่ำเสมอ)</p> <p>(ส่งไม่สม่ำเสมอ)</p> <p>(มี ๑-๒ ครั้ง)</p> <p>(มี ๓-๔ ครั้ง)</p> <p>(ทุกครั้งที่ประชุม)</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑๕ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓๐ คะแนน</p>	<p>รายงาน DM Remission จังหวัดยโสธร (ผ่าน Google sheet)</p>
รวมคะแนนที่ได้..... คะแนน (คะแนนเต็ม ๑๕๐ คะแนน)				
รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด..... คะแนน (คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน)				



แบบประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๑. การพัฒนาโครงสร้างและกลไกการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง (๓๐ คะแนน)</b>			
<p>๑.๑ มีการกำหนดเป็นนโยบาย ทิศทาง เป้าหมายและสื่อสารกับภาคีเครือข่าย การป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง Stroke</p> <p>๑.๒ มีการแต่งตั้งการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมองระดับอำเภอ และมีภาคีเครือข่าย (นอกหน่วยงานสาธารณสุข) และมีการประชุมและนำมติที่ประชุมมาดำเนินงานแก้ไขปัญหา</p> <p>๑.๓ มีการจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอ/เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และบุคลากรผ่านการพัฒนาศักยภาพเพื่อการจัดการป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>๑.๔ มีแผนปฏิบัติการ/มีแผนการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ และจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอตามความต้องการ/ข้อตกลงร่วมกับเครือข่ายเพื่อจัดระบบบริการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>๑.๕ มีการติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและข้อตกลงร่วมกัน มีแผนในการแก้ปัญหา-พัฒนาฯ</p>	<p>(๑๐ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ</p> <p>(๒๐ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ</p> <p>(๓๐ คะแนน) มีครบทุกข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓๐ คะแนน</p>	<p>-คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน โรคหลอดเลือดสมอง Stroke /โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) /Service plan ที่เกี่ยวข้อง (ทั้งใน/นอกหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>-วาระการประชุม/บันทึกรายงานการประชุม/มติที่ประชุม</p> <p>- แผนงาน/โครงการบูรณาการในการดำเนินงานจัดการโรคหลอดเลือดสมอง Stroke</p> <p>- แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน</p> <p>-เอกสารการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร</p> <p>-เอกสารจัดสรร/จัดหาวัสดุ/ครุภัณฑ์</p> <p>-ภาพถ่ายกิจกรรม</p> <p>- การนิเทศ ติดตามและประเมินผล</p>

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๒. กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย ลดความพิการ (๔๐ คะแนน)</b>			
<p>๒.๑. Health Literacy การส่งเสริม ป้องกัน ให้ความรู้ เผื่อระวังความเสี่ยงต่อ โรคหลอดเลือดสมอง(STROKE) / โรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>การส่งเสริมสุขภาพ สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ (Know Your Number &amp; Know Your Risks) ๕ รู้ ๒ ไม่ ใส่ใจนับคาร์บ และสื่อสารเตือนภัย สร้างความตระหนักและให้ความรู้ โรคหัวใจและหลอดเลือด และความรู้ในการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) แก่ประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสื่อสารเตือนภัยผ่านช่องทางสื่อ ต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ line facebook กิจกรรมรณรงค์ ฯ</li> </ul> <p>๑-๓ ช่องทาง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสื่อสารเตือนภัยผ่านช่องทางสื่อ ต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ line facebook กิจกรรมรณรงค์ ฯ</li> </ul> <p>มากกว่า ๓ ช่องทาง</p>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สื่อเผื่อระวังอาการสัญญาณเตือน ช่องทางการสื่อสาร</li> <li>- บันทึกการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน</li> <li>- แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>- ภาพกิจกรรม</li> </ul>
<p>๒.๒ Screening การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)</p> <p>การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM/HT มีผลการคัดกรองใน HDC /Cockpit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีการดำเนินงานประเมินในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</li> <li>- มีการดำเนินงานประเมินในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีระบบทะเบียนข้อมูลครบถ้วนเป็นปัจจุบันใน HDC/Cockpit หรือทะเบียนเอกสาร</li> </ul>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>- แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ</li> <li>- แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>- ทะเบียน การคัดกรอง</li> <li>- ข้อมูลใน HDC / Cockpit</li> <li>- ภาพกิจกรรม</li> </ul>

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๒.กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย ลดความพิการ (๔๐ คะแนน)</b>			
<p><b>๒.๓ Awareness</b> สร้างความตระหนักรู้ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม กลุ่มเสี่ยง CVD risk <math>\geq 30</math> (สูง-สูงอันตราย) ติดตามประเมินความเสี่ยงซ้ำ</p> <p>กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ได้รับการให้ความรู้ ทักษะจัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยง ติดตามป้องกัน เฝ้าระวัง เพื่อลดระดับความเสี่ยงและลดอัตราป่วยต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีการส่งเสริมให้ความรู้ การดูแล การเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด</li> <li>- มีการติดตาม ส่งเสริมให้ความรู้การดูแล การเฝ้าระวัง มีการคืนข้อมูลให้กลุ่มเสี่ยงได้รับรู้ มีการวางแผนแก้ไข/ตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการประเมินความเสี่ยงซ้ำ ตามแนวทางกำหนด</li> </ul>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/ผลการประเมิน</li> <li>-เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>-ทะเบียนให้คำปรึกษา</li> <li>-แบบฟอร์มการประเมินเฝ้าระวังอาการสัญญาณเตือน</li> <li>-สื่อเฝ้าระวังอาการสัญญาณเตือน ช่องทางการสื่อสาร</li> <li>-บันทึกการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน</li> <li>-แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>-ข้อมูลใน HDC / Cockpit</li> <li>-ภาพกิจกรรม</li> </ul>
<p><b>๒.๔.Alert</b> การสร้างระบบการเฝ้าระวัง กลุ่มเสี่ยงในชุมชน สัญญาณเตือน และการเข้าถึง บริการ (รูปแบบการเฝ้าระวัง การซ่อมแผน การส่งต่อในชุมชน)</p> <p>๒.๔.๑. มีการเฝ้าระวัง อาการสัญญาณเตือน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเฝ้าระวังอาการสัญญาณเตือนและจัดการตนเองได้ และมีการเตรียมความพร้อมและการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ที่มีอาการได้เข้ารับบริการได้ทันเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีแนวทางการส่งต่อ มีช่องทางการสื่อสาร /รูปแบบการเฝ้าระวัง อาการสัญญาณเตือน</li> <li>- มีแนวทางการส่งต่อ มีช่องทางการสื่อสาร การเฝ้าระวัง อาการสัญญาณเตือน และมีการซ่อมแผนการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อทบทวนและสร้างความเข้าใจ</li> </ul>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>-ทะเบียนให้คำปรึกษา</li> <li>-แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ/ซ่อมแผน</li> <li>-แบบฟอร์มการประเมินเฝ้าระวังอาการ สัญญาณเตือน</li> <li>-สื่อเฝ้าระวังอาการสัญญาณเตือน ช่องทางการสื่อสาร</li> <li>-แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>-ภาพกิจกรรม</li> </ul>

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๒.กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย ลดความพิการ (๔๐ คะแนน)</b>			
<p><b>๒.๔.๒</b> มีระบบ <b>Fast Track</b> การเข้าถึงบริการได้ทันเวลา ได้ตามมาตรฐานกำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐาน แนวทางการส่งต่อ มีช่องทางการสื่อสารกับโรงพยาบาลแม่ข่าย</li> <li>- มีแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐาน แนวทางการส่งต่อ มีช่องทางการสื่อสารกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีการซ้อมแผนระบบ <b>Fast Track</b> เพื่อทบทวนและสร้างความเข้าใจ</li> </ul>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>- แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ/ซ้อมแผน</li> <li>- แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>- ภาพกิจกรรม</li> </ul>
<p><b>๒.๕</b> <b>COC (Continuing of Care)</b> การติดตามดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพ ในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง ที่มี ฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน และการดูแลรักษาตามมาตรฐานกำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจไขมัน LDL /ได้รับการแนะนำเลิกบุหรี่และสามารถเลิกบุหรี่ได้ (กรณีสูบบุหรี่) / ได้รับส่งเสริมสุขภาพและฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน</li> <li>- ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการตรวจไขมัน LDL /ได้รับการแนะนำเลิกบุหรี่และสามารถเลิกบุหรี่ได้ (กรณีสูบบุหรี่) / ได้รับส่งเสริมสุขภาพและฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน มีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จนท รพ.สต./ศูนย์ <b>COC/</b>กายภาพ</li> </ul>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>- แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ</li> <li>- รายงานการติดตามเยี่ยม</li> <li>- ข้อมูลการดำเนินงานใน HDC</li> <li>- ทะเบียนรับบริการ</li> <li>- ภาพกิจกรรม</li> </ul>

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๒.กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย ลดความพิการ (๔๐ คะแนน)</b>			
<p>๒.๖ DATA Driven มีระบบข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้ และนำข้อมูลมา วิเคราะห์ วางแผน แก้ไข</p> <p>๒.๖.๑ มีการสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา</p> <p>- ไม่มี</p> <p>- มีการสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา</p> <p>- มีการสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา มีข้อมูลย้อนหลัง ๓-๕ ปี</p> <p>๒.๖.๒ มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการ โรคทั้งในและนอกสถานบริการสาธารณสุข เกิดนวัตกรรมและ Best Practice การศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการและเพิ่มคุณภาพในการจัดการโรคหลอดเลือดสมอง</p> <p>-ไม่มี</p> <p>-มีนวัตกรรม/ Best Practice / CQI อย่างน้อย ๑ เรื่อง</p> <p>-มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๑ เรื่อง</p>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p> <p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<p>-สรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>-วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้ม มุ่งเป้าในการแก้ปัญหา</p> <p>-รายงานการศึกษา Best Practice นวัตกรรม CQI วิจัย บทคัดย่อ</p> <p>-ภาพกิจกรรม</p> <p>หมายเหตุ กรณีผลงานการศึกษาอยู่ระหว่างดำเนินการ รอบที่ ๑ ให้มี ชื่อเรื่อง /Time line</p> <p>รอบที่ ๒ ให้มี ชื่อเรื่อง โครงร่างวิจัย /EC</p> <p>ภาพดำเนินงานสอดคล้องตาม Time line</p>

แบบประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล																																																																								
<b>ประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) (๓๐ คะแนน)</b>																																																																											
<p>๑.ผู้ป่วยDM/HT ทุกกลุ่มอายุ ได้รับการประเมิน CV Risk Score <math>\geq</math> ร้อยละ ๙๐</p> <p>๒. ผู้ป่วยDMหรือHT (ทุกกลุ่มอายุ) ที่ CV Risk Score <math>&gt;</math>๓๐% ได้รับการติดตาม/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <math>\geq</math>ร้อยละ ๘๐</p> <p>๓.ผู้ป่วย DM หรือ HT ทุกกลุ่มอายุที่มี CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ในช่วงไตรมาส ๑,๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น <math>&lt;</math> ๓๐% ในไตรมาส ๓,๔ จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ <math>\geq</math>ร้อยละ ๕๐</p> <p>๔.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (STROKE) (I๖๐-I๖๙) ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่หรือสามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ <math>\geq</math> ร้อยละ ๔๐</p> <p>๕.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (I๖๓) ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL <math>&lt;</math> ๗๐ mg/dl <math>\geq</math> ร้อยละ ๕๕</p> <p>๖.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง Stroke (I๖๐ - I๖๙) ที่มา รพ. ภายใน ๔.๕ ชม. <math>\geq</math> ร้อยละ ๔๐</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑ ร้อยละ</td> <td><math>\leq ๖๐</math></td> <td>๖๑-๗๐</td> <td>๗๑-๘๐</td> <td>๘๑-๙๐</td> <td><math>&gt; ๙๐</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๒ ร้อยละ</td> <td><math>\leq ๕๐</math></td> <td>๕๑-๖๐</td> <td>๖๑-๗๐</td> <td>๗๑-๘๐</td> <td><math>&gt; ๘๐</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๓ ร้อยละ</td> <td><math>\leq ๒๕</math></td> <td>๒๖-๓๐</td> <td>๓๑-๔๕</td> <td>๔๖-๕๐</td> <td><math>&gt; ๕๐</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๔ ร้อยละ</td> <td><math>\leq ๒๕</math></td> <td>๒๖-๓๐</td> <td>๓๑-๓๕</td> <td>๓๖-๔๐</td> <td><math>&gt; ๔๐</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๕ ร้อยละ</td> <td><math>\leq ๔๐</math></td> <td>๔๑-๔๕</td> <td>๔๖-๕๐</td> <td>๕๑-๕๕</td> <td><math>&gt; ๕๕</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๖ ร้อยละ</td> <td><math>&lt; ๒๕</math></td> <td>๒๕-๓๐</td> <td>๓๑-๓๕</td> <td>๓๖-๔๐</td> <td><math>&gt; ๔๐</math></td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๑ ร้อยละ	$\leq ๖๐$	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	$> ๙๐$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๒ ร้อยละ	$\leq ๕๐$	๕๑-๖๐	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	$> ๘๐$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๓ ร้อยละ	$\leq ๒๕$	๒๖-๓๐	๓๑-๔๕	๔๖-๕๐	$> ๕๐$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๔ ร้อยละ	$\leq ๒๕$	๒๖-๓๐	๓๑-๓๕	๓๖-๔๐	$> ๔๐$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๕ ร้อยละ	$\leq ๔๐$	๔๑-๔๕	๔๖-๕๐	๕๑-๕๕	$> ๕๕$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๖ ร้อยละ	$< ๒๕$	๒๕-๓๐	๓๑-๓๕	๓๖-๔๐	$> ๔๐$	<p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p>	<p>๑.ข้อมูล Cockpit สสจ.ยโสธร ตัวชี้วัดอื่นๆ NCD ข้อ ๔</p> <p>๒.ข้อมูล Cockpit สสจ.ยโสธร ตัวชี้วัดอื่นๆ NCD ข้อ ๖</p> <p>๓.ข้อมูล Cockpit สสจ.ยโสธร ตัวชี้วัดอื่นๆ NCD ข้อ ๗</p> <p>๔.ข้อมูล HDC สสจ.ยโสธร SP CVD ข้อ ๒.๕</p> <p>๕.ข้อมูล HDC สสจ.ยโสธร SP CVD ข้อ ๒.๖</p> <p>๖.ข้อมูลจากทะเบียนรายงานเอกสารประกอบเพิ่มเติม</p> <p>-สรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>-ทะเบียนคัดกรอง/ทะเบียนการการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>-ทะเบียนติดตามหรือผลการติดตามกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>-KPI Ranking รอบที่ ๑ ข้อ ๑,๔,๕,๖</p> <p>-KPI Ranking รอบที่ ๒ ข้อ ๑-๖</p>
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๑ ร้อยละ	$\leq ๖๐$	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	$> ๙๐$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๒ ร้อยละ	$\leq ๕๐$	๕๑-๖๐	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	$> ๘๐$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๓ ร้อยละ	$\leq ๒๕$	๒๖-๓๐	๓๑-๔๕	๔๖-๕๐	$> ๕๐$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๔ ร้อยละ	$\leq ๒๕$	๒๖-๓๐	๓๑-๓๕	๓๖-๔๐	$> ๔๐$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๕ ร้อยละ	$\leq ๔๐$	๔๑-๔๕	๔๖-๕๐	๕๑-๕๕	$> ๕๕$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๖ ร้อยละ	$< ๒๕$	๒๕-๓๐	๓๑-๓๕	๓๖-๔๐	$> ๔๐$																																																																						
<p>คะแนนประเมินระดับความสำเร็จที่ได้ (A) ..... คะแนน      คะแนนเต็ม (B).....คะแนน</p>																																																																											

แบบประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๑.) การพัฒนาโครงสร้างและกลไกการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (๓๐ คะแนน)</b>			
<p>๑.๑ มีการกำหนดเป็นนโยบาย ทิศทาง เป้าหมายและสื่อสารกับภาคีเครือข่าย การป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>๑.๒ มีการแต่งตั้งการป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ระดับอำเภอ และมีภาคีเครือข่าย (นอกหน่วยงานสาธารณสุข) และมีการประชุมและนำมติที่ประชุมมาดำเนินงานแก้ไขปัญหา</p> <p>๑.๓ มีการจัดสรรบุคลากรที่เพียงพอ/เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน และบุคลากรผ่านการพัฒนาศักยภาพเพื่อการจัดการป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>๑.๔ มีแผนปฏิบัติการ/มีแผนการจัดหาวัสดุ ครุภัณฑ์ และจัดสรรทรัพยากรให้เพียงพอตามความต้องการ/ข้อตกลงร่วมกับเครือข่ายเพื่อจัดระบบบริการดูแลรักษาโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>๑.๕ มีการติดตาม/ประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการและข้อตกลงร่วมกัน มีแผนในการแก้ปัญหา-พัฒนาฯ</p>	<p>(๑๐ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ</p> <p>(๒๐ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ</p> <p>(๓๐ คะแนน) มีครบทุกข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒๐ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓๐ คะแนน</p>	<p>-คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI / โรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) /Service plan ที่เกี่ยวข้อง(ทั้งใน/นอกหน่วยงานนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>-วาระการประชุม/บันทึกถายงานการประชุม/มติที่ประชุม</p> <p>- แผนงาน/โครงการบูรณาการในการดำเนินงานจัดการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หรือ โรคหัวใจและหลอดเลือด</p> <p>- แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน</p> <p>-เอกสารการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร</p> <p>-เอกสารจัดสรร/จัดหาวัสดุ/ครุภัณฑ์</p> <p>-ภาพถ่ายกิจกรรม</p> <p>- การนิเทศ ติดตามและประเมินผล</p>

แบบประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๒.กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย (๔๐ คะแนน)</b>			
<p><b>๒.๑. Health Literacy การส่งเสริม ป้องกัน ให้ความรู้ ฝึกระวังความเสี่ยงต่อ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI / โรคหัวใจและหลอดเลือด</b></p> <p>๒.๑.๑ การส่งเสริมสุขภาพ สื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ รู้ตัวเลข รู้ความเสี่ยงสุขภาพ (Know Your Number &amp; Know Your Risks) ๕ รู้ ๒ ไม่ ใส่ใจนับคาร์บ และสื่อสารเตือนภัย สร้างความตระหนักและให้ความรู้ โรคหัวใจและหลอดเลือด และความรู้ในการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) แก่ประชาชน</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสื่อสารเตือนภัยผ่านช่องทางสื่อ ต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ line facebook กิจกรรมรณรงค์ ฯ</li> </ul> <p>๑-๓ ช่องทาง</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสื่อสารเตือนภัยผ่านช่องทางสื่อ ต่างๆ เช่น หอกระจายข่าว ป้ายประชาสัมพันธ์ line facebook กิจกรรมรณรงค์ ฯ</li> </ul> <p>มากกว่า ๓ ช่องทาง</p>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- สื่อฝึกระวังอาการสัญญาณเตือน ช่องทางการสื่อสาร</li> <li>-บันทึกการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน</li> <li>-แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>-ภาพกิจกรรม</li> </ul>
<p><b>๒.๒ Screening การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)</b></p> <p>๒.๒.๑ การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง DM/HT มีผลการคัดกรองใน HDC /Cockpit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีการดำเนินงานประเมินในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูง</li> <li>- มีการดำเนินงานประเมินในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และมีระบบทะเบียนข้อมูลครบถ้วนเป็นปัจจุบันใน HDC/Cockpit และทะเบียนเอกสาร</li> </ul>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-ทะเบียน การคัดกรอง</li> <li>-เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>-แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ</li> <li>-แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>-ข้อมูลใน HDC / Cockpit</li> <li>-ภาพกิจกรรม</li> </ul>



แบบประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๒.กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย (๔๐ คะแนน)</b>			
<p><b>๒.๓ Awareness</b> สร้างความตระหนักรู้ การปรับเปลี่ยน พฤติกรรม กลุ่มเสี่ยง CVD risk <math>\geq ๓๐</math> (สูง-สูงอันตราย) ติดตามประเมินความเสี่ยงซ้ำ</p> <p>กลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD) ได้รับการให้ความรู้ ทักษะ จัดการตนเอง และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยง ติดตามป้องกัน ใฝ่ระวัง เพื่อลดระดับความเสี่ยงและลดอัตราป่วยต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีการส่งเสริมให้ความรู้ การดูแล การใฝ่ระวัง ป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด</li> <li>- มีการติดตาม ส่งเสริมให้ความรู้การดูแล การใฝ่ระวัง มีการคืนข้อมูลให้กลุ่มเสี่ยง ได้รับรู้ มีการวางแผนแก้ไข/ตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการประเมินความเสี่ยงซ้ำ ตามแนวทางกำหนด</li> </ul>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง/ผลการประเมิน</li> <li>-เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>-ทะเบียนให้คำปรึกษา</li> <li>- แบบฟอร์มการประเมินใฝ่ระวังอาการสัญญาณเตือน</li> <li>- สื่อใฝ่ระวังอาการสัญญาณเตือน ช่องทางการสื่อสาร</li> <li>-บันทึกการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน</li> <li>-แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>-ข้อมูลใน HDC / Cockpit -ภาพกิจกรรม</li> </ul>
<p><b>๔.Alert</b> การสร้างระบบการใฝ่ระวัง กลุ่มเสี่ยงในชุมชน สัญญาณเตือน และการเข้าถึง บริการ (รูปแบบการใฝ่ระวัง การซ่อมแผน การส่งต่อในชุมชน)</p> <p>มีการใฝ่ระวัง อาการสัญญาณเตือน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงใฝ่ระวังอาการสัญญาณเตือนและจัดการตนเองได้ และมีการเตรียมความพร้อมและการเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงที่มีอาการได้เข้ารับบริการได้ทันเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีแนวทางการส่งต่อ มีช่องทางการสื่อสาร /รูปแบบการใฝ่ระวัง อาการสัญญาณเตือน</li> <li>- มีแนวทางการส่งต่อ มีช่องทางการสื่อสาร การใฝ่ระวัง อาการสัญญาณเตือน และมีการซ่อมแผนการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อทบทวนและสร้างความเข้าใจ</li> </ul>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>-ทะเบียนให้คำปรึกษา</li> <li>- แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ/ซ่อมแผน</li> <li>- แบบฟอร์มการประเมินใฝ่ระวังอาการ สัญญาณเตือน</li> <li>- สื่อใฝ่ระวังอาการสัญญาณเตือน ช่องทางการสื่อสาร</li> <li>-แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>-ภาพกิจกรรม</li> </ul>

แบบประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๒.กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย (๔๐ คะแนน)</b>			
<p><b>๒.๔.๒</b> มีระบบ <b>Fast Track</b> การเข้าถึงบริการได้ทันเวลา ได้ตามมาตรฐานกำหนด เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าเข้าถึงบริการในภาวะฉุกเฉินได้ทันเวลา</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- มีแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐาน แนวทางการส่งต่อ มีช่องทางการสื่อสารกับโรงพยาบาลแม่ข่าย</li> <li>- มีแนวทางการดำเนินงานตามมาตรฐาน แนวทางการส่งต่อ มีช่องทางการสื่อสารกับโรงพยาบาลแม่ข่าย และมีการเชื่อมแผนระบบ <b>Fast Track</b> เพื่อทบทวนและสร้างความเข้าใจ</li> </ul>	<p style="text-align: center;">○ ๓ ๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>- แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ/เชื่อมแผน</li> <li>- แบบรายงานผลการดำเนินงาน</li> <li>-ภาพกิจกรรม</li> </ul>
<p><b>๒.๕</b> <b>COC (Continuing of Care)</b> การติดตามดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริม ฟื้นฟูสภาพในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ</p> <p>ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด <b>STEMI</b> ได้รับการดูแลต่อเนื่อง ส่งเสริมสุขภาพ ลดปัจจัยเสี่ยงที่มี ฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน และการดูแลรักษาตามมาตรฐานกำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มี</li> <li>- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด <b>STEMI</b> ได้รับการตรวจไขมัน LDL / ได้รับการแนะนำเลิกบุหรี่และสามารถเลิกบุหรี่ได้ (กรณีสูบบุหรี่) / ได้รับส่งเสริมสุขภาพและฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน</li> <li>- ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด <b>STEMI</b> ได้รับการตรวจไขมัน LDL / ได้รับการแนะนำเลิกบุหรี่และสามารถเลิกบุหรี่ได้ (กรณีสูบบุหรี่) / ได้รับส่งเสริมสุขภาพและฝ้าระวังภาวะฉุกเฉิน มีการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จนท รพ.สต./ ศูนย์ <b>COC/</b>กายภาพ</li> </ul>	<p style="text-align: center;">○ ๓ ๕</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG</li> <li>- แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ</li> <li>-รายงานการติดตามเยี่ยม</li> <li>-ข้อมูลการดำเนินงานใน HDC</li> <li>-ทะเบียนกลุ่มป่วย</li> <li>-ภาพกิจกรรม</li> </ul>

แบบประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>๒.กระบวนการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในการดำเนินงานโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ลดเสี่ยง ลดป่วย ลดตาย (๔๐ คะแนน)</b>			
<p><b>๒.๖ DATA Driven</b> มีระบบข้อมูลที่สามารถตรวจสอบได้ และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ วางแผน แก้ไข</p> <p><b>๒.๖.๑</b> มีการสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา</p> <p>- ไม่มี</p> <p>- มีการสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา</p> <p>- มีการสรุปผลการดำเนินงาน วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาและอุปสรรคเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหา มีข้อมูลย้อนหลัง ๓-๕ ปี</p> <p><b>๒.๖.๒</b> มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลและจัดการ โรคทั้งในและนอกสถานบริการสาธารณสุข เกิดนวัตกรรมและ Best Practice การศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาระบบบริการและเพิ่มคุณภาพในการจัดการโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI</p> <p>-ไม่มี</p> <p>-มีนวัตกรรม/ Best Practice / CQI อย่างน้อย ๑ เรื่อง</p> <p>-มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย ๑ เรื่อง</p>	<p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p> <p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p>		<p>-สรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>-วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้ม มุ่งเป้าในการแก้ปัญหา</p> <p>-รายงานการศึกษา Best Practice นวัตกรรม CQI วิจัย บทความ</p> <p>-ภาพกิจกรรม</p> <p><u>หมายเหตุ</u> กรณีผลงานการศึกษาอยู่ระหว่างดำเนินการ</p> <p>รอบที่ ๑ ให้มี ชื่อเรื่อง /Time line</p> <p>รอบที่ ๒ ให้มี ชื่อเรื่อง โครงร่างวิจัย /EC</p> <p>ภาพดำเนินงานสอดคล้องตาม Time line</p>

แบบประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล																																																																								
<b>ประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดระดับความสำเร็จการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI (๓๐ คะแนน)</b>																																																																											
<p>๑.ผู้ป่วยDM/HT ทุกกลุ่มอายุ ได้รับการประเมิน CV Risk Score <math>\geq</math> ร้อยละ ๙๐</p> <p>๒. ผู้ป่วยDMหรือHT (ทุกกลุ่มอายุ) ที่ CV Risk Score <math>&gt;</math>๓๐% ได้รับการติดตาม/ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม <math>\geq</math>ร้อยละ ๘๐</p> <p>๓.ผู้ป่วย DM หรือ HT ทุกกลุ่มอายุที่มี CVD Risk <math>\geq</math> ๓๐% ในช่วงไตรมาส ๑,๒ และมีผล CVD Risk ลดลงเป็น <math>&lt;</math> ๓๐% ในไตรมาส ๓,๔ จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ <math>\geq</math>ร้อยละ ๕๐</p> <p>๔.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(1๒๐-1๒๕) ที่ปัจจุบันสูบบุหรี่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ <math>\geq</math> ร้อยละ ๔๐</p> <p>๕.ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ(1๒๐-1๒๕)ได้รับการตรวจไขมัน LDL และมีค่า LDL <math>&lt;</math> ๕๕ mg/dl <math>\geq</math> ร้อยละ ๕๕</p> <p>๖.ร้อยละของผู้ป่วย STEMI ได้รับความละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล <math>\geq</math>ร้อยละ ๗๐</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑ ร้อยละ</td> <td><math>\leq 60</math></td> <td>๖๑-๗๐</td> <td>๗๑-๘๐</td> <td>๘๑-๙๐</td> <td><math>&gt; 90</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๒ ร้อยละ</td> <td><math>\leq 50</math></td> <td>๕๑-๖๐</td> <td>๖๑-๗๐</td> <td>๗๑-๘๐</td> <td><math>&gt; 80</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๓ ร้อยละ</td> <td><math>\leq 25</math></td> <td>๒๖-๓๐</td> <td>๓๑-๔๕</td> <td>๔๖-๕๐</td> <td><math>&gt; 50</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๔ ร้อยละ</td> <td><math>\leq 25</math></td> <td>๒๖-๓๐</td> <td>๓๑-๓๕</td> <td>๓๖-๔๐</td> <td><math>&gt; 40</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๕ ร้อยละ</td> <td><math>\leq 40</math></td> <td>๔๑-๔๕</td> <td>๔๖-๕๐</td> <td>๕๑-๕๕</td> <td><math>&gt; 55</math></td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>๖ ร้อยละ</td> <td><math>\leq 40</math></td> <td>๔๑-๕๐</td> <td>๕๑-๖๐</td> <td>๖๑-๗๐</td> <td><math>&gt; 70</math></td> </tr> </tbody> </table>	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๑ ร้อยละ	$\leq 60$	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	$> 90$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๒ ร้อยละ	$\leq 50$	๕๑-๖๐	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	$> 80$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๓ ร้อยละ	$\leq 25$	๒๖-๓๐	๓๑-๔๕	๔๖-๕๐	$> 50$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๔ ร้อยละ	$\leq 25$	๒๖-๓๐	๓๑-๓๕	๓๖-๔๐	$> 40$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๕ ร้อยละ	$\leq 40$	๔๑-๔๕	๔๖-๕๐	๕๑-๕๕	$> 55$	ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	๖ ร้อยละ	$\leq 40$	๔๑-๕๐	๕๑-๖๐	๖๑-๗๐	$> 70$	<p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ..... คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> .....คะแนน</p>	<p>๑.ข้อมูล Cockpit สสจ.ยโสธร ตัวชี้วัดอื่นๆ NCD ข้อ ๔</p> <p>๒.ข้อมูล Cockpit สสจ.ยโสธร ตัวชี้วัดอื่นๆ NCD ข้อ ๖</p> <p>๓.ข้อมูล Cockpit สสจ.ยโสธร ตัวชี้วัดอื่นๆ NCD ข้อ ๗</p> <p>๔.ข้อมูล HDC สสจ.ยโสธร SP CVD ข้อ ๑.๕</p> <p>๕.ข้อมูล HDC สสจ.ยโสธร SP CVD ข้อ ๑.๖</p> <p>๖.ข้อมูล Thai ACS Registry เอกสารประกอบเพิ่มเติม</p> <p>-สรุปผลการดำเนินงาน</p> <p>-ทะเบียนคัดกรอง/ทะเบียนการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม</p> <p>-ทะเบียนติดตามหรือผลการติดตามกลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย</p> <p><b>หมายเหตุ</b></p> <p>-KPI Ranking รอบที่ ๑ ข้อ ๑,๔,๕,๖</p> <p>-KPI Ranking รอบที่ ๒ ข้อ ๑-๖</p>
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๑ ร้อยละ	$\leq 60$	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๙๐	$> 90$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๒ ร้อยละ	$\leq 50$	๕๑-๖๐	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	$> 80$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๓ ร้อยละ	$\leq 25$	๒๖-๓๐	๓๑-๔๕	๔๖-๕๐	$> 50$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๔ ร้อยละ	$\leq 25$	๒๖-๓๐	๓๑-๓๕	๓๖-๔๐	$> 40$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๕ ร้อยละ	$\leq 40$	๔๑-๔๕	๔๖-๕๐	๕๑-๕๕	$> 55$																																																																						
ระดับคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																																																																						
๖ ร้อยละ	$\leq 40$	๔๑-๕๐	๕๑-๖๐	๖๑-๗๐	$> 70$																																																																						
<p>คะแนนประเมินระดับความสำเร็จที่ได้ (A)..... คะแนน คะแนนเต็ม (B).....คะแนน</p>																																																																											

แบบประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงานฆ่าตัวตาย จังหวัดยโสธร ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล
<b>ขั้นตอนที่ ๑. สถานการณ์ การจัดทำแผนและกิจกรรมขับเคลื่อนการป้องกันการฆ่าตัวตายในพื้นที่ (๓ คะแนน)</b>			
<p>๑.๑ มีการวิเคราะห์สถานการณ์การฆ่าตัวตายในพื้นที่ ย้อนหลังอย่างน้อย ๓ ปี วิเคราะห์หาช่องว่างปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานในพื้นที่ที่ได้รับผิดชอบ พร้อมนำเสนอกรอบแนวคิดหรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาในเขตที่ได้รับผิดชอบ และจัดทำ จัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่แต่ละอำเภอ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ คะแนน)</p> <p>๑.๒ มี คณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานการป้องกันการฆ่าตัวตายระดับอำเภอ (๑ คะแนน)</p> <p>๑.๓ มีการขับเคลื่อนบูรณาการป้องกันการฆ่าตัวตายและปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ผ่านกลไก คณะกรรมการ พขอ. /พชต./หรือแนวทางกระบวนการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในพื้นที่ ผ่านกระบวนการ ๓ หมอ (๑ คะแนน)</p>	<p>(๓ คะแนน) มี ๓ ข้อ</p> <p>(๒ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ</p> <p>(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p>	<p>- สถานการณ์ฆ่าตัวตายในพื้นที่ และการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคการ</p> <p>- แผนงาน/โครงการบูรณาการในการป้องกันการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่</p> <p>- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/ คณะทำงาน การป้องกันการฆ่าตัวตาย/ Service plan ที่เกี่ยวข้อง (ทั้งใน/นอกหน่วยงานนอกสังกัด กระทรวงสาธารณสุข)</p> <p>-วาระการประชุม/บันทึกรายงานการประชุม/มติที่ประชุม</p> <p>-ภาพถ่ายกิจกรรม</p>

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล																
<b>ขั้นตอนที่ ๒. การติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) (๓ คะแนน)</b>																			
<p>ร้อยละของการติดตามผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ได้รับการดูแลต่อเนื่องจนไม่ก่อความรุนแรงซ้ำ</p>	<p><b>Ranking รอบที่ ๑</b></p> <table border="1" data-bbox="745 392 1384 493"> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>(&lt;๕๙)</td> <td>(&lt;๖๐-๖๔)</td> <td>(๖๕ ขึ้นไป)</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> </tr> </table> <p><b>Ranking รอบที่ ๒</b></p> <table border="1" data-bbox="745 636 1384 783"> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>(&lt;๗๓)</td> <td>(&lt;๗๔-๘๔)</td> <td>(๘๕ - ขึ้นไป)</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> </tr> </table>	ร้อยละ	(<๕๙)	(<๖๐-๖๔)	(๖๕ ขึ้นไป)	คะแนน	๑	๒	๓	ร้อยละ	(<๗๓)	(<๗๔-๘๔)	(๘๕ - ขึ้นไป)	คะแนน	๑	๒	๓	<p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p>	<p>- ทะเบียน / การติดตามกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคจิตเวชและสารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V)</p> <p>- ระบบฐานข้อมูล HDC</p>
ร้อยละ	(<๕๙)	(<๖๐-๖๔)	(๖๕ ขึ้นไป)																
คะแนน	๑	๒	๓																
ร้อยละ	(<๗๓)	(<๗๔-๘๔)	(๘๕ - ขึ้นไป)																
คะแนน	๑	๒	๓																
<b>ขั้นตอนที่ ๓. มีการติดตามกลุ่มเสี่ยงวัยเรียนวัยรุ่น บนระบบ School Health HERO (๓ คะแนน)</b>																			
<p>ร้อยละของการให้การปรึกษาครูโดย HERO Consultant จากคำขอการปรึกษาจากครู บนระบบ School Health HERO</p>	<p><b>Ranking รอบที่ ๑</b></p> <table border="1" data-bbox="745 997 1384 1098"> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>(&lt;๕๐-๕๔)</td> <td>(&lt;๕๕-๕๙)</td> <td>(&lt;๖๐)</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> </tr> </table> <p><b>Ranking รอบที่ ๒</b></p> <table border="1" data-bbox="745 1262 1384 1362"> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>(&lt;๖๕-๖๙)</td> <td>(&lt;๗๐-๗๙)</td> <td>(&lt;๘๐)</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> </tr> </table>	ร้อยละ	(<๕๐-๕๔)	(<๕๕-๕๙)	(<๖๐)	คะแนน	๑	๒	๓	ร้อยละ	(<๖๕-๖๙)	(<๗๐-๗๙)	(<๘๐)	คะแนน	๑	๒	๓	<p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๒ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p>	<p>การให้คำปรึกษาผ่านคำขอการปรึกษาจากครู บนระบบ School Health HERO</p>
ร้อยละ	(<๕๐-๕๔)	(<๕๕-๕๙)	(<๖๐)																
คะแนน	๑	๒	๓																
ร้อยละ	(<๖๕-๖๙)	(<๗๐-๗๙)	(<๘๐)																
คะแนน	๑	๒	๓																

ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	แหล่งข้อมูล																
<b>ขั้นตอนที่ ๔ มีการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง รง.๕๐๖S (๓ คะแนน)</b>																			
<p>๔.๑ ร้อยละ ๑๐๐ ของการส่งแบบรายงานการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือการกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV) ให้ สสจ. ครบถ้วน ภายในระยะเวลา ๑ เดือน หลังเกิดเหตุ (๑.๕ คะแนน)</p> <p>๔.๒ ร้อยละ ๑๐๐ ของการบันทึกในระบบโปรแกรมรายงานของศูนย์เฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตาย รพ.จิตเวชขอนแก่นฯ ครบถ้วน ถูกต้อง ภายในระยะเวลา ๑ เดือน หลังเกิดเหตุ (๑.๕ คะแนน)</p>	<p>(๓ คะแนน) มี ๒ ข้อ</p> <p>(๑.๕ คะแนน) มี ๑ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑.๕ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๐ คะแนน</p>	<p>- ทะเบียนข้อมูลผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ / พยายามทำร้ายตัวเอง</p> <p>- แบบสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตาย หรือ การกระทำรุนแรงต่อตนเอง (Self-Directed Violence, SDV)</p> <p>- ระบบ รง๕๐๖S V.๑๑</p>																
<b>ขั้นตอนที่ ๕ การติดตามผู้พยายามทำร้ายตัวเอง (๓ คะแนน)</b>																			
<p>ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ</p>	<p><b>Ranking รอบที่ ๑</b></p> <table border="1" data-bbox="745 967 1384 1067"> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>(&lt;๕๐-๕๔)</td> <td>(&lt;๕๕-๕๙)</td> <td>(&lt;๖๐)</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> </tr> </table> <p><b>Ranking รอบที่ ๒</b></p> <table border="1" data-bbox="745 1230 1384 1331"> <tr> <td>ร้อยละ</td> <td>(&lt;๖๕-๖๙)</td> <td>(&lt;๗๐-๗๙)</td> <td>(&lt;๘๐)</td> </tr> <tr> <td>คะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> </tr> </table>	ร้อยละ	(<๕๐-๕๔)	(<๕๕-๕๙)	(<๖๐)	คะแนน	๑	๒	๓	ร้อยละ	(<๖๕-๖๙)	(<๗๐-๗๙)	(<๘๐)	คะแนน	๑	๒	๓	<p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑๒ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p>	<p>- ทะเบียนผู้พยายามทำร้ายตัวเอง / การติดตาม</p> <p>- ระบบฐานข้อมูล HDC</p>
ร้อยละ	(<๕๐-๕๔)	(<๕๕-๕๙)	(<๖๐)																
คะแนน	๑	๒	๓																
ร้อยละ	(<๖๕-๖๙)	(<๗๐-๗๙)	(<๘๐)																
คะแนน	๑	๒	๓																
<b>รวมคะแนนที่ได้</b>		..... คะแนน																	

Happy Learning Organization

องค์กรแห่งการเรียนรู้  
อย่างมีความสุข

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

Yasothon Provincial Health Office



[Yasothon.moph.go.th](http://Yasothon.moph.go.th)