



คู่มือประเมินผล

การปฏิบัติราชการ

หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)

ปี 2562 จังหวัดยโสธร



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

<http://www.yasopho.in.th> โทร. 045-712233-4

คำนำ

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับ
หน่วยงาน (Ranking) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน
สาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๒ จังหวัดยโสธร เนื้อหาประกอบด้วย
ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ทั้งสิ้น ๑๓ ตัวชี้วัด แต่ละตัวชี้วัดจะแสดงให้เห็น
ถึงขอบเขต เนื้อหา รายละเอียด วิธีการในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อวัดและประเมินการดำเนินงานแก้ไขปัญหา
สาธารณสุขในพื้นที่ อันเป็นผลมาจาก การดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่อยู่ในความ
รับผิดชอบของหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด

คณะผู้จัดทำคาดหวังว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติ
ราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๒ จังหวัดยโสธร
ซึ่งหากเอกสารฉบับนี้ มีข้อผิดพลาดและขาดความสมบูรณ์ของเนื้อหา คณะผู้จัดทำขอน้อมรับข้อเสนอแนะ
เพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
มีนาคม ๒๕๖๒

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ เพื่อจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๒	
ตัวชี้วัดที่ ๑	๑
ระดับความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอในการเฝ้าระวังแก้ไข ปัญหาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก	
ตัวชี้วัดที่ ๒	๕
ตัวชี้วัดที่ ๓	๗
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital	
ตัวชี้วัดที่ ๔	๑๑
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	
ตัวชี้วัดที่ ๕	๒๐
ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ที่ดำเนินการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล	
ตัวชี้วัดที่ ๖	๒๓
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ	
ตัวชี้วัดที่ ๗	๒๙
ตัวชี้วัดที่ ๘	๓๑
จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่	
ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน และควบคุมความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ ที่ควบคุมได้	
ตัวชี้วัดที่ ๙	๓๗
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวัณโรค	
ตัวชี้วัดที่ ๑๐	๓๙
ตัวชี้วัดที่ ๑๑	๔๐
ระดับความสำเร็จ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือก	
ตัวชี้วัดที่ ๑๒	๔๖
ร้อยละของหน่วยบริการ (รพ./รพ.สต) ที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	
ตัวชี้วัดที่ ๑๓	๕๒
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA : Public Sector Management Quality Award	

ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ จังหวัดยโสธร

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อจัดลำดับ (Ranking) เครือข่ายบริการ เป็นตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน ทั้งสิ้น จำนวน ๑๓ ตัวชี้วัด จำแนกได้ ดังนี้

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียดตัวชี้วัด
๑	ระดับความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอในการเฝ้าระวังแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก
๒	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
๓	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital
๔	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
๕	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่ดำเนินการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้จ่ายอย่างสมเหตุผล
๖	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดระดับอำเภอ
๗	จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
๘	ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานและควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้
๙	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวัณโรค
๑๐	ระดับความสำเร็จของการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคหัด และโรคโปลิโอ
๑๑	ระดับความสำเร็จ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๑๒	ร้อยละของหน่วยบริการ (รพ./รพ.สต) ที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
๑๓	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA : Public Sector Management Quality Award

ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ
เพื่อจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)
ปี ๒๕๖๒ จังหวัดยโสธร

ตัวชี้วัดที่ ๑ ระดับความสำเร็จของ MCH Board ระดับอำเภอ ในการเฝ้าระวังและแก้ปัญหา
สุขภาพอนามัยแม่และเด็ก

คำนิยาม	MCH Board หมายถึง ๑. องค์กรประกอบของคณะกรรมการและความต่อเนื่อง ๒. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ๓. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ๔. ระบบส่งต่อ (Fast track) ๕. นวัตกรรม/ผลงานเด่น ด้านการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก
วัตถุประสงค์	เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของ MCH Board ระดับอำเภอ และเพื่อป้องกันการ เสียชีวิตของมารดา
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ ของ MCH Board ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ประเมิน ๘๐ คะแนน ขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	MCH Board ระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สังกัด จากเอกสาร การรายงาน/ปฏิบัติงานของ MCH Board และสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล ๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ ๓. รายงาน ก๒ Plus และ HDC
เกณฑ์การให้คะแนน	๑. องค์กรประกอบของคณะกรรมการและความต่อเนื่อง ๑๐ คะแนน ๒. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ๓๐ คะแนน ๓. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ๒๐ คะแนน ๔. ระบบส่งต่อ (Fast track) ๒๕ คะแนน ๕. นวัตกรรม/ผลงานเด่น ด้านการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ๑๕ คะแนน
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	สังกัด จากเอกสาร การรายงาน/ปฏิบัติงานของ MCH Board และสัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล
เอกสารสนับสนุน	สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
หน่วยงานที่รับการ ประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาพร แก้วใส หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๑ ๐๖๔๑๘๘๘ นางสาวสมจิต แซ่ลิ้ม โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๓๐๕๒๓๔

เกณฑ์การประเมินคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กอำเภอ (MCH Board) จังหวัดยโสธร
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒

หมวด	เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	เกณฑ์ให้คะแนน
๑.	องค์ประกอบของคณะกรรมการและความต่อเนื่อง <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ที่มาจากสหสาขาวิชาชีพ - มีนโยบายการดำเนินงาน MCH Board - มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ต่อเนื่อง ๓ ปี อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง - มีการถ่ายทอดนโยบายถึงระดับตำบล 	๑๐	<p>ระดับ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการ MCH Board ระดับ อำเภอที่มีองค์ประกอบเป็นสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (๒ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก ต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง (๔ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีการจัดทำนโยบายการปฏิบัติงาน MCH Board ระดับอำเภอ (๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีการถ่ายทอดนโยบายจากอำเภอถึงระดับตำบล (๘ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีสรุปการประชุม/ รายงานผลการดำเนินงาน (๑๐ คะแนน)</p>
๒.	การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก - มีการพัฒนาองค์ความรู้วิชาการให้กับผู้ปฏิบัติงานในอำเภอ และรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง (เวทีประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง) - มีการประชุม conference ทุกครั้งที่มีปัญหาแม่ตาย ลูกตาย หรือปัญหาอนามัยแม่และเด็กอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของอำเภอ - มีระบบการจัดเก็บข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน ส่งทันเวลา real time และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของอำเภอเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา 	๓๐	<p>ระดับ ๑ มีการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของอำเภอเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก (๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ มีแผนงาน/โครงการเพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก (๑๒ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีระบบการจัดเก็บข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน ส่งทันเวลา (๑๘ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีการประชุม conference ทุกครั้งที่มีปัญหาแม่ตาย ลูกตาย หรือปัญหาอนามัยแม่และเด็กอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของอำเภอ (๒๔ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีการจัดประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อย ปีละครั้ง (๓๐ คะแนน)</p>

หมวด	เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	เกณฑ์ให้คะแนน
๓.	<p>การกำกับ ติดตาม และประเมินผล</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีรูปแบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน - มีการนิเทศงานแบบบูรณาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ - มีผลลัพธ์งานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านตามเกณฑ์ 	๒๐	<p>ระดับ ๑ มีวิธีการกำกับ ติดตาม และเกณฑ์ ประเมินผลที่ชัดเจน (๔ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีแผนการกำกับ ติดตามอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี (๘ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีการนิเทศงาน แบบบูรณาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (๑๒ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีผลลัพธ์งาน อนามัยแม่และเด็กมีแนวโน้มดีขึ้นจาก ปีที่ผ่านมา (๑๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีอัตราการ ตายมารดาไม่เกิน ๑๕ ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน (๒๐ คะแนน)</p>
๔.	<p>ระบบส่งต่อ (Fast track)</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มี ภาวะเสี่ยง ให้ได้รับความช่วยเหลือภายในเวลาที่ กำหนด - มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อเด็กที่สงสัย พัฒนาการล่าช้าให้ได้รับความช่วยเหลือภายในเวลา ที่กำหนด - มีระบบการดูแลเครือข่ายแบบพี่เลี้ยง/แม่ข่าย/ลูก ข่าย 	๑๕	<p>ระดับอำเภอ</p> <p>ระดับ ๑ มีแนวทาง/ CPG/ Flow Chart การส่งต่อ ที่ชัดเจน (๓ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีแนวทางการ ส่งต่อที่เป็นทิศทางเดียวกันทั้งอำเภอ (๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีช่องทางการดูแล ระบบพี่เลี้ยง ระบบให้การปรึกษาที่ชัดเจน (๙ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีทะเบียน และ การส่งต่อ</p> <p>กรณีพบภาวะเสี่ยง ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และ เด็ก</p> <p>ที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ที่เหมาะสมตาม แนวทางร้อยละ ๘๐ (๑๒ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีการส่งต่อกรณี พบภาวะเสี่ยง ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และเด็ก ที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ที่เหมาะสมตาม แนวทางมากกว่าร้อยละ ๘๐ (๑๕ คะแนน)</p>

หมวด	เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	เกณฑ์ให้คะแนน
		๑๐	<p>ระดับต่ำบล</p> <p>ระดับ ๑ มีแนวทาง/ CPG/ Flow Chart การส่งต่อที่ชัดเจน (๒ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีแนวทางการส่งต่อที่เป็นทิศทางเดียวกันทั้งอำเภอ (๔ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีช่องทางการดูแล ระบบพี่เลี้ยง ระบบให้การปรึกษาที่ชัดเจน (๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีทะเบียนและการส่งต่อ กรณีพบภาวะเสี่ยง ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ที่เหมาะสมตามแนวทาง ร้อยละ ๘๐ (๘ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีการส่งต่อกรณีพบภาวะเสี่ยง ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ที่เหมาะสมตามแนวทางมากกว่า ร้อยละ ๘๐ (๑๐ คะแนน)</p>
๕.	นวัตกรรม / ผลงานเด่น ด้านการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	๑๕	<p>ระดับ ๑ มีรูปแบบการแก้ไขปัญหาในที่ตรงตามสภาพปัญหาในพื้นที่ (๓ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีนวัตกรรม / ผลงานเด่น เพื่อแก้ปัญหาแม่และเด็กในพื้นที่ (๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีผลงานนวัตกรรมที่เป็นตัวอย่างระดับจังหวัด (๙ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีผลงานนวัตกรรมที่เป็นตัวอย่างระดับเขต (๑๒ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีผลงานแก้ไขปัญหาที่เป็นตัวอย่างระดับประเทศ (๑๕ คะแนน)</p>
	รวมทั้งสิ้น	๑๐๐	

หมายเหตุ : แต่ละระดับเป็นคะแนนสะสม

ตัวชี้วัดที่ ๒ ระดับความสำเร็จของพัฒนาการเด็กตามเกณฑ์มาตรฐาน

คำนิยาม	<p>เด็ก ๐-๕ ปี หมายถึงเด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p>การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type ๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริง และ Type ๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึงเด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรก ผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒</p> <p>พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)</p> <p>พัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒) (๑B๒๑๒) (๑B๒๒๒) (๑B๒๓๒) (๑B๒๔๒)</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย ๒. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	<ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ - ร้อยละ ๒๐ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า - ร้อยละ ๙๐ ของเด็กอายุ ๐ - ๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม - ร้อยละ ๖๐ ของเด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจ และมีเด็กอยู่จริง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สังเกต สอบถาม การดำเนินงานการรายงานผลการดำเนินงาน ทะเบียนข้อมูล ๒. ผลการดำเนินงานที่บันทึกในโปรแกรม HDCของแต่ละอำเภอ

เกณฑ์การให้คะแนน	น้ำหนักคะแนน ๕ คะแนน (ตามรายละเอียดที่แนบ)
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	๑. สัมภาษณ์ สอบถาม ๒. ดูระบบการบันทึกข้อมูลใน HDC การสุ่ม
เอกสารสนับสนุน	๑. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๒. คู่มือ DSPM ๓. คู่มือสุขภาพเด็กดี ๔. คู่มือประกอบการฝึกเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาเด็กอายุ ๒ - ๑๕ ปี ๕. Port Folio ประจำตัวเด็ก
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสุภาพร แก้วใส หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๔๑๘๘๘ นางเพียงนคร คำผา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘๒ ๑๓๕๑๒๔๑ , ๐๘๕ ๐๗๓๓๒๗๘

ตัวชี้วัดที่ ๓ : ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์

GREEN&CLEAN Hospital

ประเมินจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา (๑๐๐ คะแนน) ดังนี้

ที่	ประเด็น/คะแนน	หัวข้อ	คะแนน	การประเมิน/การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้
๑	G: Garbage (๒๐ คะแนน)	๑. การบริหารจัดการขยะมูลฝอย	๕	๑. มีนโยบายกำหนดให้มีการคัดแยกมูลฝอยไม่เกิน ๒ ปี ครบทั้ง ๕ ประเภท มูลฝอยทั่วไป / รีไซเคิล / อันตราย / อินทรีย์และขยะเปียก / ขยะติดเชื้อ (๑ คะแนน)	
				๒. มีการประกาศประชาสัมพันธ์แก่บุคลากร ผู้ป่วยและผู้มารับบริการชัดเจน (๑ คะแนน)	
				๓. มีการจัดถังขยะหรือทิ้งขยะแยกตามประเภทครบทั้ง ๕ ประเภทชัดเจน (๒ คะแนน)	
				๔. มีการจัดถังขยะหรือทิ้งขยะและเพียงพอสำหรับผู้ป่วยและผู้มารับบริการไม่ขยะล้นหรือตกค้าง (๑ คะแนน)	
		๒. พักรวมมูลฝอย	๕	๑. มีที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ (๑ คะแนน)	
				๒. มีที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อของเหลว (๑ คะแนน)	
				๓. ที่พักรวมมูลฝอยขยะทั่วไป (๑ คะแนน)	
				๔. มีการจัดการดูแลที่พักขยะเหมาะสม/ สะอาดถูกสุขลักษณะ/เพียงพอ/ปลอดภัย/ ไม่ก่อให้เกิดเหตุรำคาญหรือผลกระทบอื่นๆ (๒ คะแนน)	

ที่	ประเด็น/คะแนน	หัวข้อ	คะแนน	การประเมิน/การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้
๑	G: Garbage (๒๐ คะแนน)	๓. การจัดการ มูลฝอยทั่วไป/ ติดเชื้อ	๑๐	๑. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเป็นไปตาม กฎกระทรวง ว่าด้วยการกำจัดมูลฝอย ติดเชื้อ (๓ คะแนน)	
				๒. มีการลงข้อมูลในโปรแกรมกำกับการ ขนส่งมูลฝอยติดเชื้อครบถ้วนและเป็น ปัจจุบัน website http://apps.hpc.go.th/waste/ (๒ คะแนน)	
				๓. ขยะอินทรีย์และขยะเปียกมีการกำจัดที่ เหมาะสมและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ เช่น ทำน้ำหมัก /ปุ๋ยหมัก ฯลฯ (๒ คะแนน)	
				๔. มีการบันทึกเก็บรวบรวมข้อมูลการคัด ขยะมูลฝอยครบทุกประเภท (๓ คะแนน)	
๒	R : RESTROOM (๒๐ คะแนน)	การพัฒนา ส้วมมาตรฐาน สะอาด ผ่าน มาตรฐานส้วม สาธารณะไทย (HAS) ๑๖ ข้อ	๒๐	๑. ส้วม OPD ผ่านเกณฑ์ HAS ทุกห้อง (๑๐ คะแนน)	
				๒. ส้วม IPD ผ่านเกณฑ์ HAS ทุกห้อง (๕ คะแนน)	
				๓. ได้รับรางวัลการประกวดระดับเขตหรือ ประเทศ (๕ คะแนน)	
๓	E : ENERGY (๑๕ คะแนน)	มีมาตรการ ประหยัด พลังงานที่เป็น รูปธรรมเกิด การปฏิบัติตาม มาตรการที่ กำหนดร่วมกัน ทั้งองค์กร	๑๕	๑. มีนโยบาย มาตรการ และเป้าหมาย การประหยัดพลังงานที่ชัดเจนไม่เกิน ๒ ปี (๕ คะแนน)	
				๒. มีหลักฐานแสดงการลดการใช้พลังงาน ที่ชัดเจนตามเป้าหมาย (๕ คะแนน)	
				๓. มีหลักฐานแสดงการลดการใช้พลังงาน ที่ชัดเจนตามเป้าหมาย (๕ คะแนน)	

ที่	ประเด็น/คะแนน	หัวข้อ	คะแนน	การประเมิน/การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้
๔	E:ENVIRONMENT (๑๕ คะแนน)	มีการจัด สิ่งแวดล้อม ทั่วไปทั้ง ภายในและ ภายนอก อาคาร	๑๕	๑. มีการจัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่ พักผ่อนภายในอาคารได้อย่างเหมาะสม (๕ คะแนน)	
				๒. มีการจัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่ พักผ่อนภายนอกอาคารได้อย่างเหมาะสม (๕ คะแนน)	
				๓. การส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมี สุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ (๕ คะแนน)	
๕.	NUTRITION (๑๕ คะแนน)	สถานที่ ประกอบ อาหาร ผู้ป่วยใน โรง พยาบาลได้ มาตรฐาน สุขาภิบาล อาหารของ กรม อนามัย	๑๐	๑. โรงครัวผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๓๐ ข้อ และสุ่มตรวจด้านน้ำยา SI.๒ ผ่านร้อยละ ๙๐ อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี (๑๐ คะแนน)	
				๒. กรณีมีจ้างเหมาจากภายนอก ต้องมี คณะกรรมการตรวจผ่านประเมินผ่านเกณฑ์ CFGT. อย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี (๑๐ คะแนน)	
				๓. กรณีมีร้านอาหารหรือแผงลอยจำนวน อาหารไม่ผ่านเกณฑ์ CFGT. ร้อยละ ๑๐๐ ให้หัก ๕ คะแนน	
		การจัดการ น้ำดื่มและ น้ำอุปโภค	๕	๑. มีบริการน้ำดื่มและน้ำอุปโภคที่สะอาด แก่ผู้ป่วยและผู้มารับบริการ (๓ คะแนน)	
				๒. มีการสุ่มตรวจ (อ.๑๑) ปีละ ๒ ครั้ง (๒ คะแนน)	

ที่	ประเด็น/คะแนน	หัวข้อ	คะแนน	การประเมิน/การให้คะแนน	คะแนน ที่ได้
๖.	N : Network (๑๕ คะแนน)	ความ ร่วมมือกับ ภาคี เครือข่าย ชุมชนและ ท้องถิ่น มี การ แลกเปลี่ยน เรียนรู้ใน การ ดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ร่วมกัน และมีการ ขยาย ผลการ ดำเนินงาน สู่สถาน บริการ สาธารณสุข และ หน่วยงาน อื่นๆ	๑๕	๑. มีหลักฐานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (๕ คะแนน)	
				๒. มีการขยายผลสู่ สถานบริการ สาธารณสุข ชุมชน และหน่วยงานอื่นๆ ในเชิงประจักษ์ (๕ คะแนน)	
				๓. มีนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ ประโยชน์ (๕ คะแนน)	

ตัวชี้วันที่ ๔ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ระดับหน่วยงานที่วัดผล : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ (๙ อำเภอ)

ระดับค่าคะแนน : คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

เกณฑ์คะแนน : รายละเอียดดังนี้

ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่าคะแนน
๑	อำเภอผ่านเกณฑ์ การประเมินการ พัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับพื้นที่(พชอ.) ที่มีคุณภาพ	๑. มีการดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ ชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ทุกอำเภอ (๒๐ คะแนน) - มีครบ และสมบูรณ์ - มีแต่ไม่ครบ - ไม่มี	๒๐ ๑๐ ๐
		๒. ในไตรมาสที่ หนึ่ง (ตุลาคม-มกราคม ๒๕๖๑) มีการประชุม คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตาม บริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมา ดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น (๒๐ คะแนน) - มีครบ และสมบูรณ์ - มีแต่ไม่ครบ - ไม่มี	๒๐ ๑๐ ๐
		๓. ในไตรมาสที่ สอง (มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๒) มีคณะทำงาน มีแผน มีการกำหนดแนวทางในการ ขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่ กำหนด (๒๐ คะแนน) - มีครบ และสมบูรณ์ - มีแต่ไม่ครบ - ไม่มี	๒๐ ๑๐ ๐
		๔. ในไตรมาสที่ สาม (เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๒) - มีการดำเนินงานตามแผน - มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่ เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต - มีกระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างเป็น ระบบ (๒๐ คะแนน) - มีครบ และสมบูรณ์ - มีแต่ไม่ครบ - ไม่มี	๒๐ ๑๐ ๐

ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่าคะแนน
		<p>๕. ในไตรมาสที่ ๕ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๒) ผลการประเมินผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้ เยี่ยมระดับจังหวัด (๒๐ คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ขึ้นไปทุกข้อ - ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ขึ้นไปทุกข้อ - ไม่ผ่านเกณฑ์ 	<p>๒๐</p> <p>๑๐</p> <p>๐</p>

คำอธิบายการดำเนินงาน พขอ. จังหวัดยโสธร ปี ๒๕๖๒

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการ	โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.)
ระดับการแสดงผล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๖๐ ตัวชี้วัดของจังหวัด : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๘๗๘ แห่ง</p>

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๐-๕๐	๕๑-๖๐	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๑๐๐
	ระดับการพัฒนา	พื้นฐาน	พัฒนา	ดี	ดีมาก	ดีเยี่ยม
เกณฑ์เป้าหมาย						
		ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔		
		ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐		
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (๙ อำเภอ)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน					
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอำเภอ ๙ แห่ง					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๓ และ ๔					
วิธีการประเมินผล :	<p>๑. มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น</p> <p>๒. มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และหรือการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>๓. มีการประเมินประเด็นปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามองค์ประกอบ UCCARE และมีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต ร้อยละ ๖๐</p>					
เอกสารสนับสนุน :	<p>๑. ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑</p> <p>๒. คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑</p> <p>๓. คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑</p> <p>๔. แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จากสำนักงานสนับสนุนระบบปฐมภูมิและคลินิกหมอครอบครัว สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทยและพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ กองบริหารการสาธารณสุข</p>					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	อำเภอ		ค่าคะแนน	สรุป
				รอบ๑ รอบ๒	
	ระดับค่าคะแนนความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต	๑	เมือง		
		๒	ทรายมูล		
		๓	กุศชุม		
		๔	คำเขื่อนแก้ว		
		๕	ป่าติ้ว		
		๖	มหาชนะชัย		
		๗	ค้อวัง		
		๘	เลิงนกทา		
		๙	ไทยเจริญ		
		ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานและการประสานงานจังหวัด	๑. นางสาวรณิ แสนสุข หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๙๖๒๔ ๑๑๔๕๑ ๒. นางอารีรัตน์ เนติวัชรเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๙๙๙ ๔๙๘๒		

คำอธิบายการดำเนินงาน พขอ. จังหวัดยโสธร ปี ๒๕๖๒

ระดับความสำเร็จ	มีครบ และสมบูรณ์	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี
๑. การดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) ทุกอำเภอ (๒๐ คะแนน)	- มีคำสั่งแต่งตั้งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน	- มีคำสั่งแต่งตั้งระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ แต่ไม่ครบถ้วนและไม่เป็นปัจจุบัน	- ไม่มีคำสั่งแต่งตั้ง
การประเมิน - สอบถาม/สัมภาษณ์ /-เอกสารที่เกี่ยวข้อง			
๒. ในไตรมาสที่ ๑ (ตุลาคม-มกราคม ๒๕๖๑) มีการประชุมคืนข้อมูล คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตมาดำเนินการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา อย่างน้อย ๒ ประเด็น (๒๐ คะแนน)	- มีการวิเคราะห์ข้อมูลวาระอำเภอเพื่อคืนข้อมูลให้ พขอ.และผู้เกี่ยวข้อง ทุกประเด็น - มีกระบวนการคัดเลือกประเด็นวาระคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขอ.) ๒ ประเด็น - มีระเบียบวาระการประชุม/รายงานการประชุมตามคำสั่งคณะกรรมการ พขอ. ๑ ครั้ง/ไตรมาส	- มีการวิเคราะห์ข้อมูลวาระอำเภอเพื่อคืนข้อมูลให้ พขอ.และผู้เกี่ยวข้อง ไม่ครบ ทุกประเด็น - ไม่มีกระบวนการคัดเลือก แต่มีประเด็นวาระคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ (พขอ.) ๒ ประเด็น - มีระเบียบวาระการประชุม/ ไม่มีรายงานการประชุมตามคำสั่งคณะกรรมการ พขอ. ๑ ครั้ง/ไตรมาส	- ไม่มีระเบียบ/ไม่มีการประชุม

การประเมิน - สอบถาม/สัมภาษณ์ /-เอกสารที่เกี่ยวข้อง			
<p>๓. ในไตรมาสที่ ๒ (มกราคม-มีนาคม ๒๕๖๒) มีคณะทำงานวางแผนกำหนดแนวทางการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด</p> <p>- มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต (๒๐ คะแนน)</p>	<p>- มีคำสั่งคณะทำงานขับเคลื่อนประเด็นวาระอำเภอ ครบทุกประเด็น</p> <p>- มีแผนงานโครงการ และ มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต ครบทุกประเด็น</p>	<p>- มีคำสั่งคณะทำงานขับเคลื่อนประเด็นวาระอำเภอ แต่ไม่ครบทุกประเด็น</p> <p>- มีแผนงานโครงการ และ มีการบริหารจัดการ ทรัพยากรจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต แต่ไม่ครบทุกประเด็น</p>	<p>- ไม่มีคำสั่งแต่งตั้ง/ไม่มีแผนงานโครงการ</p>
การประเมิน - สอบถาม/สัมภาษณ์ /-เอกสารที่เกี่ยวข้อง			
ระดับความสำเร็จ	มีครบ และสมบูรณ์	มีแต่ไม่ครบ	ไม่มี
<p>๔. ในไตรมาสที่ ๓ (เมษายน-มิถุนายน ๒๕๖๒)</p> <p>- มีการดำเนินงานตามแผน</p> <p>- มีการบริหารจัดการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต</p> <p>- มีกระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างเป็นระบบ (๒๐ คะแนน)</p>	<p>-มีการดำเนินการตามแผนงานบริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตามกลไก UCCARE ครบทุกประเด็น</p> <p>- มีกระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตามกลไก UCCARE ครบทุกประเด็น</p> <p>- รายงานความก้าวหน้า พขอ.ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ครบทุกเดือน</p>	<p>- มีการดำเนินการตามแผนงาน บริหารจัดการ ทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ตามกลไก UCCARE แต่ไม่ครบทุกประเด็น</p> <p>- มีกระบวนการติดตามประเมินผลการดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตามกลไก UCCARE แต่ไม่ครบทุกประเด็น</p> <p>- รายงานความก้าวหน้า พขอ.ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ไม่ครบทุกเดือน</p>	<p>ไม่มีการดำเนินการ</p>

การประเมิน - สอบถาม/สัมภาษณ์ /-เอกสารที่เกี่ยวข้อง			
๕. ไตรมาสที่ ๔ (กรกฎาคม-กันยายน ๒๕๖๒) ผลการประเมินผลการ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิต ตามแนวทาง UCCARE โดย การประเมินตนเองและผู้เยี่ยม ระดับจังหวัด (๒๐ คณะ)	- ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ ขึ้นไปทุกข้อ	- ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ขึ้นไปทุกข้อ	- ไม่ผ่าน เกณฑ์

เอกสารแนบท้าย

๑. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

๑. การทำงานเป็นทีม (Unity Team)
๒. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus)
๓. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation)
๔. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)
๕. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)
๖. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care)

๒. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

๑	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
๒	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
๓	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
๔	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
๕	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

UCARE	๑ เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒ ขยาย การ ดำเนินการ	๓ ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔ เรียนรู้	๕ บูรณา การ	คำสำคัญและ นิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่ จะทำงาน ร่วมกันและ ดำเนินงาน ตามหน้าที่ใน ส่วนที่ รับผิดชอบ	มีการทำงาน ร่วมกันเป็น ทีมในบาง ประเด็น และ/หรือ มี ภาคีภาค ส่วนร่วมด้วย	cross functional เป็น team ระหว่าง ฝ่ายคิดวางแผน และดำเนินการ ร่วมกัน โดยมีภาคีภาค ส่วนร่วมด้วย บางส่วน	fully integrate เป็นโครงข่าย ทีมเดียวกัน ทั้งแนวตั้ง และแนวนอน โดยมีภาคี ภาคส่วนร่วม ด้วย	ชุมชน ภาคี ภาคส่วน ต่างๆ ร่วม เป็นทีมกับ เครือข่าย สุขภาพ ใน ทุกประเด็น สุขภาพ สำคัญ	ทีมสุขภาพ (Health Team) หมายถึง ทีมภายใน หน่วยงานเดียวกัน (ทีมรพ.กับรพ., ทีม รพ.สต.กับทีมรพ. สต. , ทีมระหว่าง หน่วยงาน (ทีมรพ. กับทีมรพ.สต.), ทีม แนวตั้งและทีม แนวนอน และ/หรือ ทีมข้ามสายงาน (ภาคีภาคส่วนต่างๆ)
Customer Focus	มีช่องทางใน การรับรู้และ เข้าใจ ความ ต้องการของ ประชาชน และ ผู้รับบริการ เป็นแบบ reactive	มีช่องทางใน การรับรู้และ เข้าใจ ความ ต้องการ ของ ประชาชน และ ผู้รับบริการที่ หลากหลาย อย่างน้อยใน กลุ่มที่มี ปัญหาสูง	มีช่องทางการ รับรู้และเข้าใจความ ต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการ แต่ ละกลุ่ม ครอบคลุม ประชากรส่วน ใหญ่ และนำมา แก้ไข ปรับปรุง ระบบงาน	มีการเรียนรู้ และพัฒนา ช่องทางการ รับรู้ ความ ต้องการของ ประชาชนแต่ ละกลุ่ม ให้ สอดคล้อง และมี ประสิทธิภาพ มากขึ้น	ความ ต้องการของ ประชาชน และ ผู้รับบริการ ถูกนำมา บูรณาการกับ ระบบงาน ต่างๆ จนทำให้ประชาชน เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมี ส่วนร่วมกับ เครือข่าย บริการปฐม ภูมิ	ความต้องการของ ประชาชนและ ผู้รับบริการ (Health Need) หมายถึง ประเด็น ปัญหาหรือประเด็น พัฒนา ที่ประชาชน และผู้รับบริการ จำเป็นต้องได้รับโดย หมายรวมทั้งในส่วน ของ felt need (เช่น การรักษา ฟื้นฟู)และ unfelt need (เช่น บริการ ส่งเสริมป้องกัน)

UCARE	๑ เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒ ขยาย การ ดำเนินการ	๓ ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔ เรียนรู้	๕ บูรณา การ	คำสำคัญและ นิยามปฏิบัติการ
Appreciation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ ชุมชน และ ภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมใน การ ดำเนินงาน ด้านสุขภาพ	ดำเนินการ ให้ชุมชน และภาคี เครือข่าย ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการ ด้านสุขภาพ ในงานที่ หลากหลาย และขยายวง กว้างเพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคี เครือข่ายมีส่วน ร่วมคิด ร่วม ดำเนินการด้าน สุขภาพอย่าง เป็นระบบกับ เครือข่าย บริการปฐมภูมิ และมีการขยาย วงได้ค่อนข้าง ครอบคลุม	ชุมชน และ ภาคี เครือข่ายร่วม คิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการ ด้านสุขภาพ และมีการ ทบทวน เรียนรู้ ปรับปรุง กระบวนการ มีส่วนร่วมให้ เหมาะสม มากขึ้น	ชุมชน และ ภาคี เครือข่ายร่วม ดำเนินการ อย่างครบ วงจร รวมทั้ง การ ประเมินผล จนร่วมเป็น เจ้าของการ ดำเนินงาน เครือข่าย บริการปฐม ภูมิ	
	มีแนวทาง หรือวิธีการที่ ชัดเจน หรือ เริ่ม ดำเนินการใน การดูแล พัฒนา และ สร้างความพึง พอใจของ บุคลากร	มีการขยาย การ ดำเนินการ ตามแนวทาง หรือวิธีการ ในการดูแล พัฒนา และ สร้างความ พึงพอใจของ บุคลากร เพิ่มขึ้นในแต่ ละหน่วยงาน หรือในแต่ละ ระดับ	ดำเนินการตาม แนวทางหรือ วิธีการดูแล พัฒนาและ สร้างความพึง พอใจ และ ความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้ สอดคล้องกับ ภารกิจที่จำเป็น อย่างเป็นระบบ	ดำเนินการตาม แนวทางหรือ วิธีการดูแล พัฒนาและ สร้างความพึง พอใจ และ ความผูกพัน (engagement) ของบุคลากรให้ สอดคล้องกับ ภารกิจที่จำเป็น อย่างเป็นระบบ	เครือข่าย สุขภาพมีการ เรียนรู้ ทบทวน กระบวนการ ดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพัน ของบุคลากร ให้สอดคล้อง กับบริบท	สร้าง วัฒนธรรม เครือข่ายให้ บุคลากรมี ความสุข ภูมิใจ รับรู้ คุณค่าและ เกิดความ ผูกพันในงาน ของเครือข่าย บริการปฐม ภูมิ

UCARE	๑ เริ่มมี แนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒ ขยาย การ ดำเนินการ	๓ ดำเนินการ เป็นระบบ และ/หรือ ครอบคลุม	๔ เรียนรู้	๕ บูรณา การ	คำสำคัญและ นิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวาง แผนการใช้ ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนา บุคลากร ร่วมกัน เพื่อ สนับสนุนการ พัฒนาระบบ สุขภาพ ชุมชน	มีการ ดำเนินการ ร่วมกัน ใน การใช้ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ใน บางประเด็น หรือบาง ระบบ	มีการจัดการ ทรัพยากร และ พัฒนาบุคลากร ร่วมกันอย่าง เป็นระบบและ ครอบคลุม ตาม บริบท และ ความจำเป็น ของพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนให้ บรรลุตาม เป้าหมายของ เครือข่าย สุขภาพ	มีการ ทบทวนและ ปรับปรุงการ จัดการ ทรัพยากร และพัฒนา บุคลากร ให้ เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพ เพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากร ร่วมกันโดย ยึดเป้าหมาย ของเครือข่าย สุขภาพ (ไม่มี กำแพงกัน) และมีการใช้ ทรัพยากร จากชุมชน ส่งผลให้เกิด ระบบ สุขภาพ ชุมชนที่ ยั่งยืน	Resource หมายถึง <u>คน เงิน</u> <u>ของ ความรู้</u> <u>รวมทั้งข้อมูล</u> ซึ่ง <u>เป็นปัจจัยนำเข้า</u> <u>(input) ของการ</u> <u>ทำงาน</u>
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการ จัดระบบดูแล สุขภาพ พื้นฐานที่ จำเป็นในแต่ ละกลุ่ม ตาม บริบทของ ชุมชน	มีการ จัดระบบ ดูแลสุขภาพ ตามบริบท และตาม ความ ต้องการของ ผู้รับ บริการ ประชาชน และชุมชน บางส่วน โดยเฉพาะ กลุ่มที่มี ปัญหาสูง	มีการจัดระบบ ดูแลสุขภาพ ตามบริบท ตาม ความต้องการ ของผู้รับบริการ ประชาชนแต่ ละกลุ่ม และ ชุมชนที่ ครอบคลุม ประชากรส่วน ใหญ่	มีการเรียนรู้ ทบทวน การ จัดระบบดูแล สุขภาพ และ พัฒนาอย่าง ต่อเนื่อง เพื่อให้เกิด การดูแล สุขภาพที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการ จัดระบบดูแล สุขภาพอย่าง บูรณาการ ร่วมกับ ประชาชน ชุมชนภาค ส่วนที่ เกี่ยวข้อง ส่งผลให้ ประชาชนมี สถานะ สุขภาพดี	Essential Care หมายถึง บริการ ด้านสุขภาพที่ จำเป็นสำหรับ ประชาชน โดย สอดคล้องกับ บริบทของชุมชน และเป็นไปตาม ศักยภาพของ เครือข่ายบริการ ปฐมภูมิ

ตัวชี้วัดที่ ๕ ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่
ดำเนินการเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผล

รายการประเมิน	ระดับคะแนน				
	๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละของจำนวน รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการป่วยปฏิกิริยาใน กลุ่มโรคติดต่อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๒๐	≥ ร้อยละ ๓๐	≥ ร้อยละ ๔๐	≥ ร้อยละ ๕๐	≥ ร้อยละ ๖๐
๒. รพ.ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้น ที่ ๑					ผ่าน
๓. จำนวนตัวชี้วัดของ รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ RDU ชั้นที่ ๒	≤ ๓ ข้อ	๔ ข้อ	๕ ข้อ	๖ ข้อ	๗ ข้อ
๔. การรายงานเฉพาะกิจ RDU ของกระทรวงสาธารณสุข	ทันเวลา หรือ ครบถ้วน หรือ ถูกต้อง	ทันเวลา และ ถูกต้อง หรือ ครบถ้วน	ทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน		

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่ดำเนินการเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผล		
คำนิยาม (๑) RDU เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital และ RDU PCU - RDU Hospital หมายถึงโรงพยาบาลแม่ข่าย (รพศ./รพท./รพช.) - RDU PCU หมายถึงหน่วยบริการปฐมภูมิลูกข่าย(รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกชื่อ อื่น (๒) ปี ๒๕๖๒ เป้าหมายการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผล มี ๒ ระดับ ดังนี้ ■ RDU ชั้นที่ ๑ หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้	RDU Hospital	RDU PCU	
	๑. อัตราการส่งเข้าในบัญชีหลักแห่งชาติผ่าน เกณฑ์ที่กำหนด ๒. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๓. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก ๘ รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาล ไม่เกิน ๑ รายการ ๔. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ ๕. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายาและ การส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ ๓	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะใน กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่าน เกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค (เกณฑ์ RI ≤ ๒๐ %, AD ≤ ๒๐ %)	
	RDU ชั้นที่ ๒ หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้	RDU Hospital	RDU PCU
	๑. อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อ ทางเดินหายใจส่วนบน รพศ./รพท. ≤ ๓๐ % และ รพช. ≤ ๒๐ % ๒. อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะ โรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน ≤ ๒๐ %, ๓. อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะแผลสดอุบัติเหตุ ≤ ๕๐ %, ๔. อัตราการเข้ายาปฏิชีวนะ สตรีคลอดปกติครบ กำหนดคลอดทางช่องคลอด ≤ ๑๕ %) ๕. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ๖. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุ หรือ ไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ ๕ ๗. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐ ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ อำเภอ ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่ม โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง ๒ โรค (เกณฑ์ RI ≤ ๒๐ %, AD ≤ ๒๐ %)	

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอที่ดำเนินการเป็น โรงพยาบาลส่งเสริมการดูแลสุขภาพอย่างสมเหตุผล (ต่อ)
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	๑. cockpit และรายงานเฉพาะกิจกระทรวงสาธารณสุข ๒. สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงาน
การรายงาน	รายไตรมาส
ผู้รับผิดชอบ	นางธิชารัตน์ วิภูสิราทิพย์ เกษัชรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๔๑๘๕๕๕๕๙ นางกาญจนา เสียงใส เกษัชรชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๓-๔๙๒๒๘๒๘๙

ตัวชี้วัดที่ ๖ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ

น้ำหนักคะแนน ๕

คำอธิบาย : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับอำเภอ

หมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแบบบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพในภาพรวมอำเภอ ความสำคัญของตัวชี้วัด คือ ผู้เสพ ผู้ติด ได้รับการบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีมาตรฐาน มีระบบทางเลือกที่เหมาะสมเพิ่มเติมกับผู้เสพ ผู้ติด ได้แก่ มาตรการในการบำบัดโดยใช้ชุมชนเป็นศูนย์กลางหรือ Community Based Treatment การลดอันตรายจากยาเสพติด การป้องกันและแก้ไขผู้ที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงระบบสาธารณสุข (Accessibility) ครอบคลุมพื้นที่ (Coverage) ความสะดวกสบาย (Affordability) ความตระหนักรู้ทางสาธารณสุข (Awareability) และการเตรียมการรองรับประมวลงกฎหมายยาเสพติด โดยเมื่อสิ้นปีงบประมาณ สถานการณ์ยาเสพติดจะต้องอยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของประชาชน และมีผลปฏิบัติงานผ่านเกณฑ์ชี้วัดของงานยาเสพติด โดยกำหนดแนวทางการดำเนินงานเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) และประเมินผลสำเร็จจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายในแต่ละระดับ ดังนี้

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณาการการดำเนินงานในเชิงยุทธศาสตร์ โดยการบูรณาการแผนงาน/งบประมาณ ร่วมกันกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในพื้นที่อำเภอ

๒. นำผู้เสพผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาเน้นตามเป้าหมายในระบบสมัครใจ

๓. ชักชวน จูงใจให้ผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เข้าสู่การบำบัดรักษา โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนภาคประชาชนอาสาสมัครในพื้นที่

๔. ให้บริการด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ในสถานบริการทุกระดับ

๕. ดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based Treatment and care) อย่างน้อย ๑ แห่ง

๖. ด้านการป้องกัน ร่วมบูรณาการแผนงาน งบประมาณและการดำเนินงานตามโครงการ TO BE NUMBER ONE ร่วมกับหน่วยงานเจ้าภาพหลักอื่นๆ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่น และ เยาวชนในพื้นที่ หน่วยงานมีการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หลักของโครงการ TO BE NUMBER ONE อย่างต่อเนื่องและมีผลงานเป็นรูปธรรมตรวจสอบได้

๗. การควบคุมตัวยาและสารเคมี โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถบูรณาการ การปฏิบัติในเชิงระบบในการควบคุม กำกับ การรั่วไหล และแพร่ระบาดของออกนอกระบบของวัตถุเสพติดที่เป็นตัวยาที่ใช้ในทางการแพทย์ ทางด้านวิทยาศาสตร์ และอุตสาหกรรม มีการเยี่ยมตรวจสอบวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทและสารตั้งต้นในพื้นที่รับผิดชอบอย่างสม่ำเสมอ

๘. ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการ มีการพัฒนาศักยภาพสถานพยาบาลตาม Service Plan งานยาเสพติด (๖ building blocks plus) และสถานบริการภายใต้หน่วยงานสามารถดำเนินการกิจที่เกี่ยวข้องในงานยาเสพติดร่วมกับกระทรวงอื่นๆ ได้ มีการบูรณาการแผนงานโครงการ กิจกรรม การปฏิบัติงานร่วมกันในส่วนที่เกี่ยวข้องได้มีระบบการรายงานข้อมูล การประสานการส่งต่อผู้เข้ารับการรักษา เยี่ยมติดตาม และขอความช่วยเหลือด้านฝึกอาชีพได้

๙. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องมีกระบวนการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้รับบริการ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ความหมาย คือ ให้ ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการให้การดูแล ช่วยเหลือศพผู้ติดยาเสพติด ขณะเข้ารับการรักษา และหลังผ่านการบำบัดรักษา

๑๐. ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดผลผลิต/ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ ทั้งหมดเป็นไปตาม เป้าหมายและข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดระดับอำเภอได้รับการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่าง ครบถ้วนหน่วยงานมีผลงานเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดสำคัญ ดังนี้

- ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน ๑ ปี (Retention Rate)

- ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจากการ บำบัดรักษาครบตาม กำหนด (๓ month Remission rate)

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

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

โดยที่ :

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๐.๕	จัดทำสรุปบทวน สถานการณ์ปัญหาเสพติดในจังหวัด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑ โดยระบุข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติด ในจังหวัด ลงถึงระดับหมู่บ้าน/ชุมชนให้ครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของหน่วยงาน
๐.๕	จัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ และกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จที่เป็นผลผลิต/ผลลัพธ์ที่วัดผลได้ชัดเจน เป็นรูปธรรม โดยตั้งเป้าหมายสอดคล้องตามตัวชี้วัดงานยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๒	ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ได้แล้วเสร็จครบถ้วนเป็นปัจจุบัน พร้อมทั้งสรุปผลสำเร็จตามตัวชี้วัดสำคัญที่กำหนดไว้ตามแผนปฏิบัติการฯ ดังนี้ - ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน ๑ ปี (Retention Rate) - ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด (๓ month Remission rate)
๑.๕	มีกิจกรรมให้บริการด้านการลดอันตรายจากยาเสพติด (Harm Reduction) ในสถานบริการทุกระดับ และดำเนินการบำบัดฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community based Treatment and care) อย่างน้อย ๑ แห่ง โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีประเด็นการแก้ไขปัญหายาโดยชุมชนมีส่วนร่วม การควบคุมกำกับ และการติดตามผล มีผลการดำเนินงานเชิงประจักษ์เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
๐.๕	ผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดผลผลิต/ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ ทั้งหมดดีกว่าเป้าหมายที่กำหนด และปัญหายาเสพติดต้องอยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลกระทบต่อดำเนินชีวิตของประชาชนในพื้นที่

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน : (พื้นที่กรอก)

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา				
		๒๕๕๗	๒๕๕๘	๒๕๕๙	๒๕๖๐	๒๕๖๑
จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดทุกระบบ	ราย					
จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ	ราย					
ผู้ผ่านการบำบัดรักษาทั้งหมด	ราย					
ผู้ผ่านการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ	ราย					
ผู้ผ่านการบำบัดรักษาได้รับการเยี่ยมติดตามครบ ๔ ครั้งภายใน ๑ ปีและไม่กลับไปเสพซ้ำ	ราย					
ผู้ผ่านการบำบัดรักษา CBTx.	ราย					
ผู้ผ่านการบำบัดฯที่มีอาชีพเป็นหลักแหล่ง	ราย					

ข้อมูลประกอบตัวชี้วัด: (จังหวัดครอก)

ข้อมูล	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน		
ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด	ระดับความสำเร็จ	๒๕๕๘ -	๒๕๕๙ -	๒๕๖๐ -

เงื่อนไข และ แนวทางการประเมินผล:

ประเด็นเงื่อนไข	แนวทางประเมินผล
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการบูรณาการการดำเนินงานในเชิงยุทธศาสตร์ โดยการบูรณาการแผนงาน/งบประมาณร่วมกัน	<p>ประเมินผลจากการสัมภาษณ์ สอบถามบุคคล หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ และ จากการตรวจสอบข้อมูล เอกสารหลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - โครงการ และ แผนการปฏิบัติการที่ระบุรายละเอียดกิจกรรม แผนการดำเนินงาน ระยะเวลา เป้าหมาย งบประมาณและแหล่ง งบประมาณ ผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน - นโยบายผู้บริหารทุกพื้นที่ ที่ยึดแนวนโยบายของรัฐบาลและนำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยยึดหลัก "ผู้เสพผู้ติด คือผู้ป่วยต้องนำเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษา โดยเน้นสมัครใจก่อน" และบูรณาการการทำงานทุกหน่วยงาน
	<ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินงานในศูนย์คัดกรองมีคำสั่งแต่งตั้งชัดเจน นายอำเภอลงนาม เพื่อคัดกรองผู้เสพผู้ติดยาเสพติดเข้าสู่ระบบการบำบัดฟื้นฟู และนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดอย่างเหมาะสมตามระดับความรุนแรงของการติดยามีบุคลากรร่วมปฏิบัติงานจากทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายปกครอง ตำรวจ สาธารณสุข ต้องบูรณาการงานร่วมกัน - ทุกอำเภอมีการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจแบบผู้ป่วยนอก ในสถานศึกษาและในรูปแบบค่ายตามคำสั่ง ๑๐๘ - ทุกอำเภอมีหมู่บ้านชุมชนดำเนินการบำบัดโดยชุมชนมีส่วนร่วม CBTx. มีการค้นหาคัดกรอง ชักชวน จูงใจให้ผู้เสพยาเสพติดในพื้นที่เข้าสู่การบำบัดรักษา โดยใช้กลไกผู้นำชุมชนภาคประชาชน อาสาสมัครในพื้นที่ อย่างน้อย ๑ แห่ง - มีการประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ทุกหน่วยงานรับทราบ - มีกิจกรรมบูรณาการร่วมกันทั้งโครงการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด และ โครงการ TO BE NUMBER ONE

ประเด็นเงื่อนไข	แนวทางประเมินผล
<p>หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีกระบวนการการดำเนินงานที่ตอบสนองต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ผู้รับบริการ หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยมีมาตรการที่ชัดเจนในการให้ครอบครัว ชุมชน ได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยยาเสพติด ขณะเข้ารับการรักษา และ หลังผ่านการบำบัดรักษา</p>	<p>ประเมินผลจากการสัมภาษณ์ สอบถามบุคคล หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ และ จากการตรวจสอบข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นต่อไปนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพมีการกำหนดมาตรการให้ครอบครัวต้องมีส่วนร่วมหรือไม่ อย่างไร? มีการประเมินผลครอบครัวก่อน – หลังผู้เสพ ผู้ติดเข้ารับการรักษาบำบัดฟื้นฟูหรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? (เชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ) - การประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ครอบครัว ชุมชน สังคม เพื่อสร้างเจตคติที่ดีโดยการให้ความรู้/ผ่านสื่อ มีการดำเนินการอย่างไรบ้าง? มีการประเมินผลก่อน – หลังการประชาสัมพันธ์หรือไม่ ผลเป็นอย่างไร? (เชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ)
<p>มีผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดผลผลิต/ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ ทั้งหมดเป็นไปตามเป้าหมายและข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติดระดับอำเภอได้รับการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันอย่างครบถ้วนหน่วยงานมีผลงานเชิงปริมาณตามตัวชี้วัดสำคัญ ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ร้อยละ ๒๐ ของผู้ติดยาเสพติด คงอยู่ในระบบการบำบัดรักษาตามเกณฑ์ที่กำหนด และการติดตาม ดูแล ต่อเนื่องภายใน ๑ ปี (Retention Rate) - ร้อยละ ๔๐ ของผู้ใช้/ผู้เสพยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง ๓ เดือน หลังจากการบำบัดรักษาครบตามกำหนด (๓ month Remission rate) 	<p>ประเมินผลจากการตรวจสอบข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นที่ระบุใน</p> <ul style="list-style-type: none"> -โปรแกรมจัดเก็บข้อมูล บสต. -แบบรายงานการเยี่ยมติดตาม -หลักฐานการเบิกจ่ายงบประมาณเยี่ยมติดตามฯ
<p>มีระบบการบริหารจัดการการแก้ไขปัญหาตามประเด็นความเสี่ยงของการดำเนินงานตามโครงการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างเป็นระบบ มีประเด็นการแก้ไขปัญหาการควบคุมกำกับ และการติดตามผลอย่างชัดเจน</p>	<p>ประเมินผลจากการสัมภาษณ์ สอบถามบุคคล หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆ และ จากการตรวจสอบข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ระบุโดยจะตรวจสอบรายการกิจกรรมตามประเด็นความเสี่ยง</p>

ประเด็นเงื่อนไข	แนวทางประเมินผล
มีผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดผลผลิต/ผลลัพธ์ที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการฯ ทั้งหมดดีกว่าเป้าหมายที่กำหนด และปัญหาเสพติดต้องอยู่ในระดับที่ไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน	ประเมินผลจากการตรวจสอบข้อมูล เอกสาร หลักฐานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง แบบสรุป ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด และตรวจสอบยืนยันกับสภาพปัญหาที่คงอยู่จริงในพื้นที่
อำเภอมีการวางแผนและดำเนินงานตามเกณฑ์ Service Plan งานยาเสพติดของสถานบริการทุกระดับ โดยมีผลงานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์	การประเมินโดยผู้นิเทศใช้เกณฑ์ Service Plan งานยาเสพติด

เกณฑ์การให้คะแนน : ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๕ ต่อ ๑ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	ร้อยละ ๖๕
๒	ร้อยละ ๗๐
๓	ร้อยละ ๗๕
๔	ร้อยละ ๘๐
๕	ร้อยละ ๘๕

เงื่อนไข :

๑. การดำเนินการในแต่ละระดับขั้นของความสำเร็จ จะพิจารณาถึงคุณภาพของการดำเนินการ เพื่อนำมาเป็นประเด็นปรับคะแนนเชิงคุณภาพ
๒. ใช้ข้อสังเกตของผู้ประเมินอิสระมาประกอบการให้คะแนน

ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด หัวหน้ากลุ่มงานยาเสพติด

: นางนิภาภรณ์ ภาคพรหม เบอร์ติดต่อ : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓-๔ ต่อ ๑๔๘

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด/จัดเก็บข้อมูล

: นางพิศมัย รัตนเดช ๐๘๕-๐๐๒๐๑๖๙

ตัวชี้วัดที่ ๗ จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่

คำนิยาม	ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ หมายถึง ประชาชนหรือ อสม. ที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย ๖ เดือน ผู้สูบบุหรี่ หมายถึง ผู้ที่บริโภคยาสูบภายในรอบ ๑๒ เดือนที่ผ่านมา ทั้งชายและหญิงในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ในรอบ ๓๐ วันที่ผ่านมา บุหรี่ หมายถึง บุหรี่ซิการ์แรต บุหรี่ซิการ์ บุหรี่อื่นๆ ยาเส้นหรือยาเส้นปรุงตามกฎหมาย ว่าด้วยยาสูบ การบริโภคยาสูบ หมายถึง การเสพยาสูบโดยวิธีสูบ/ดูด อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นในปากหรือจุ่มหรือโดยวิธีอื่นใดเพื่อให้ได้ผลเป็นเช่นเดียวกัน
เกณฑ์เป้าหมาย	อสม. ๑ คน เชิญชวนผู้สูบบุหรี่ ๓ คน
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชน และ อสม. ที่สูบบุหรี่
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. อสม. เชิญชวนผู้สูบบุหรี่ให้เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปีเลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ และแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบันทึกข้อมูลในระบบ ๔๓ แฟ้ม และเว็บไซต์ www.thaiphc.net ๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรายงานผลการดำเนินงานในฐานข้อมูล แฟ้ม Special PP ในระบบ ๔๓ แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน Health Data Center (HDC) (https://hdcservice.moph.go.th)
รายการข้อมูล	จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	จำนวนผู้สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ = รายการข้อมูล
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์ประเมินผล

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ เท่ากับจำนวน อสม. แต่ละอำเภอ	มีผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ เท่ากับจำนวน อสม. แต่ละอำเภอ x ๓	คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ เท่ากับจำนวน อสม. แต่ละอำเภอ	คนที่สูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่ เท่ากับจำนวน อสม. แต่ละอำเภอ x ๓
เงื่อนไข	ตามเอกสารแนบ		
วิธีการประเมิน	วิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล แฟ้ม Special PP จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ประมวลผล ทุก ๓๐ วัน		

รายละเอียดเกณฑ์การประเมินผล

คะแนนเต็ม ๕ คะแนน

กิจกรรมการดำเนินงาน	คะแนนแต่ละข้อ
๑. อำเภอมีการถ่ายทอดนโยบาย และองค์ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่และ อสม. เช่น มีการประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่และ อสม.ในการดำเนินงาน	มีการประชุมชี้แจง ๑ คะแนน
๒. มีการคัดกรองค้นหาผู้สูบบุหรี่ในประชากร อายุ ๑๕ ปี ขึ้นไปอย่างน้อย ร้อยละ ๕๐ คู่มือใน HDC	ต่ำกว่า ร้อยละ ๓๐ ๐ คะแนน ร้อยละ ๓๐-๔๙ ๐.๕ คะแนน ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป ๑ คะแนน
๓. อสม.ส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน (อสม.๑ คนเชิญ ๓ คน) เข้าสู่ระบบบำบัดในสถานบริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ลงในระบบ HDC (๔๓ แฟ้ม)	ร้อยละ ๑๐๐ = ๑ คะแนน ร้อยละ ๕๐ = ๐.๕ คะแนน น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ = ๐ คะแนน
๔. มีการขับเคลื่อนกิจกรรมรณรงค์เลิกบุหรี่ในชุมชน เช่น การประชาสัมพันธ์ทางหอกระจายข่าว การสร้างข่าวประชาสัมพันธ์ในชุมชน หรือมีการดำเนินงานรณรงค์ต่างๆ เช่น งานบุญเมืองยศงานศพปลอดเหล้า ปลอดบุหรี่และปลอดการพนัน การรณรงค์วันงดสูบบุหรี่โลก การเฝ้าระวังทางกฎหมาย ไม่ขายให้กับเด็กต่ำกว่า ๒๐ ปี การไม่แบ่งซองขาย เป็นต้น	๑ คะแนน
๕. มีการติดตามเยี่ยมหลังการบำบัดบุหรี่ ผู้เข้าร่วมโครงการ ๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยเทิดไท้องค์ราชัน การเสริมพลังใจ	๑ คะแนน
คะแนนเต็ม	๕ คะแนน

ตัวชี้วัดที่ ๘ ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานและควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวานและควบคุมความดันโลหิต ในโรคความดันโลหิตสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐, ๕๐ (น้ำหนักคะแนน = ๕)																	
คำนิยาม	ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง - ค่าระดับ HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ ๗ ระดับค่าความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง - ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท																	
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๔๐, ๕๐																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓) : ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = E๑๐-E๑๔ : ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = I๑๐-I๑๕																	
วิธีการจัดเก็บ	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-xP/HOS-PCU																	
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม ระบบ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร																	
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความสำเร็จ</th> <th>ระดับ ๑</th> <th>ระดับ ๒</th> <th>ระดับ ๓</th> <th>ระดับ ๔</th> <th>ระดับ ๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>< ๑๐</td> <td>๑๐ - ๑๔</td> <td>๑๕ - ๑๙</td> <td>๒๐ - ๒๔</td> <td>≥ ๒๕</td> </tr> </tbody> </table>						ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	คะแนน	< ๑๐	๑๐ - ๑๔	๑๕ - ๑๙	๒๐ - ๒๔	≥ ๒๕
ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕													
คะแนน	< ๑๐	๑๐ - ๑๔	๑๕ - ๑๙	๒๐ - ๒๔	≥ ๒๕													
หมายเหตุ	รายละเอียดตามแบบประเมิน																	
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.																	
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน																	
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด																		
ชื่อ-สกุล : นางสงศรี มูลสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ																	
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : ๐๘๘ - ๕๘๔๕๘๒๘																	
โทร : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓ ต่อ ๑๓๔	โทรสาร : ๐๔๕ - e-mail : songsri.m@gmail.com ๗๑๑๓๒๔																	

เกณฑ์การให้คะแนนประเมินระดับความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วย
DM และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วย HT ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

แนวทางการดำเนินการ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๑. การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ	<p>๑.๑ มีคำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงานป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี - มีเฉพาะคณะกรรมการ/คณะทำงาน NCD Board - มีการประชุมอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ ครั้ง/ปี <p>๑.๒ มีการกำหนดเป็นนโยบายและวางแผนการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยDM&HT ที่ควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี - มีการกำหนดเป็นนโยบายที่สำคัญ - มีการกำหนดเป็นนโยบายพร้อมขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติและมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง <p>๑.๓ มีการประชุมคณะทำงานและรายงานการประชุม สอดคล้องกับนโยบายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตอย่างต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี - มีการประชุมและรายงานผลการประชุม ๑-๒ ครั้ง 	<p>๐</p> <p>๑</p> <p>๒</p> <p>๐</p> <p>๒</p> <p>๓</p> <p>๐</p> <p>๒</p>		<ul style="list-style-type: none"> - คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน NCD Board ระดับอำเภอ - วาระการประชุม/รายงานการประชุม - แผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต - แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ - ภาพถ่ายกิจกรรม - บันทึกการนิเทศ ติดตามและประเมินผล

	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประชุมและรายงานผลการประชุม ๓-๔ ครั้ง ๑.๔ มีแผนปฏิบัติการหรือโครงการ ที่เกี่ยวข้องและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต ไม่ได้ตามเกณฑ์ - ไม่มี - มีแผนงาน/โครงการ แต่ยังไม่ได้ดำเนินการ - มีแผนงาน/โครงการ และได้ดำเนินการ 	<p style="text-align: center;">๓</p> <p style="text-align: center;">๐</p> <p style="text-align: center;">๑</p> <p style="text-align: center;">๒</p>		
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน)				
<p>๒.</p> <p>กระบวนการดำเนินการ</p>	<p>๒.๑ ระบบทะเบียนข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยโรค DM/HT ที่บริการครบถ้วนเป็นปัจจุบันในระบบคอมพิวเตอร์ หรือเอกสาร สามารถตรวจสอบได้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี - มีทะเบียน ข้อมูลให้บริการรายบุคคล ครบถ้วน - มีทะเบียน ข้อมูลการให้บริการแยกรายกลุ่ม ครบถ้วน - มีการทบทวน ปรับปรุงทะเบียนข้อมูลให้ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน <p>๒.๒ กลุ่มผู้ป่วย DM & HT มีการประเมินความรุนแรงตามแนวทางการดำเนินงาน ป้องกันจรรยาชีวิต ๗ สี /กลุ่มผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อน อย่างมีส่วนร่วม</p> <ul style="list-style-type: none"> - ไม่มี 	<p style="text-align: center;">๐</p> <p style="text-align: center;">๒</p> <p style="text-align: center;">๓</p> <p style="text-align: center;">๕</p> <p style="text-align: center;">๐</p>		<ul style="list-style-type: none"> -ทะเบียนผู้ป่วย -เอกสาร/คู่มือ แนวทางการดำเนินงาน CPG -ทะเบียนการประเมินกลุ่มผู้ป่วย/ผลการประเมิน - แนวทางการดำเนินงาน/การส่งต่อ - แบบฟอร์มการประเมินความรุนแรง -กิจกรรมที่ดำเนินงาน -บันทึกการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน -ตารางการให้บริการ/จัดบริการ เชื่อมโยงเครือข่าย -แบบรายงานผลการดำเนินงาน -ภาพกิจกรรม

	<p>- มีการประเมินความรุนแรง และมีแนวทางการดำเนินงาน</p> <p>- มีการประเมินความรุนแรง และมีการจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนในการแก้ไข</p> <p>ปัญหา พร้อมมีแนวทางการดำเนินการที่ชัดเจน</p> <p>- มีการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยที่มีความรุนแรง เพื่อแก้ไขปัญหาาร่วมกัน</p> <p>๒.๓ มีกิจกรรมดำเนินการเพื่อแก้ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล และระดับความดันโลหิต ไม่ได้ตามเกณฑ์ เช่น MI SMBP โภชนาการ และการจัดการเชื่อมชุมชน และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง</p> <p>- ไม่มี</p> <p>- มีการจัดกิจกรรม อย่างน้อย ๑-๒ กิจกรรม (บางเครือข่าย)</p> <p>- มีการจัดกิจกรรม อย่างน้อย ๑-๒ กิจกรรม และติดตามผล (ทุกเครือข่าย)</p> <p>๒.๔ มีการจัดบริการ และสร้างความตระหนักในการควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิต ในกลุ่มผู้ป่วย DM &HT ตามแนวทางเวชปฏิบัติ (CPG)</p> <p>- ไม่มี</p> <p>- มีการจัดบริการ และผู้ป่วยรับรู้</p> <p>- มีการจัดบริการ ให้ผู้ป่วยรับรู้ และได้มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ</p>	<p>๑</p> <p>๓</p> <p>๕</p> <p>๐</p> <p>๓</p> <p>๕</p> <p>๐</p> <p>๑</p>		
--	--	---	--	--

ตัวชี้วัดที่ ๙ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวัณโรค

ระดับการวัดผล	ระดับ CUP												
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๑. อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เสมหะบวกและลบ) ๒. อัตราการทำ DOT โดย เจ้าหน้าที่ หรือ อสม.												
คำนิยาม	<p>๑. ความสำเร็จการรักษาหมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลวซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติคือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriological confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวกอาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบแต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>๓. DOT หมายถึงการป้อนยาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก (M+) จนครบ ๑๘๐ วันหรือมากกว่าจนรักษาหาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. (ไม่ใช่ญาติป้อนหรือผู้ป่วยกินยาเอง)</p>												
กลุ่มเป้าหมาย	๑. อัตราการรักษาสำเร็จ คือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม- ๓๑ มกราคม ๒๕๖๑) ๒. DOT คือผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก (M+) ที่ขึ้นทะเบียนรักษาปีงบประมาณ ๒๕๖๒ (ตั้งแต่เดือน ๑๕ กุมภาพันธ์- ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๒)												
น้ำหนักคะแนน	๕ คะแนน												
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>อัตราความสำเร็จ อัตราการทำ DOT</td> <td><๖๕</td> <td>๖๕.๑-๗๕</td> <td>๗๕.๑-๘๕</td> <td>๘๕.๑-๙๐</td> <td>>๙๐</td> </tr> <tr> <td>น้ำหนักคะแนน</td> <td><๖๕</td> <td>๖๕.๑-๗๕</td> <td>๗๕.๑-๘๕</td> <td>๘๕.๑-๙๐</td> <td>>๙๐</td> </tr> </table> <p>หมายเหตุ น้ำหนักร้อยละ ๕๐ (แต่ละตัวชี้วัด)</p>	อัตราความสำเร็จ อัตราการทำ DOT	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๕	๘๕.๑-๙๐	>๙๐	น้ำหนักคะแนน	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๕	๘๕.๑-๙๐	>๙๐
อัตราความสำเร็จ อัตราการทำ DOT	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๕	๘๕.๑-๙๐	>๙๐								
น้ำหนักคะแนน	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๕	๘๕.๑-๙๐	>๙๐								

วิธีจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. ข้อมูล Success rate ประเมินได้ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคลหรือโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM ๒๐๑๐) หรือโปรแกรม TBCM online</p> <p>๒. ข้อมูล DOT ลงสู่ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๓๐ ของสถานบริการ (ลงสู่ที่บ้าน ผู้ป่วยสถานบริการละ ๑ คนจากสถานบริการที่ส่งได้)</p> <table border="1" data-bbox="485 490 1436 1014"> <tr> <td>- เมืองยโสธร</td> <td>๒๒ แห่ง</td> <td>ส่ง ๗ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- ทรายมูล</td> <td>๑๐ แห่ง</td> <td>ส่ง ๓ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- กุดชุม</td> <td>๑๔ แห่ง</td> <td>ส่ง ๔ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- เขื่อนแก้ว</td> <td>๑๗ แห่ง</td> <td>ส่ง ๕ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- ป่าดิว</td> <td>๘ แห่ง</td> <td>ส่ง ๒ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- มหาชนะชัย</td> <td>๑๗ แห่ง</td> <td>ส่ง ๕ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- ค้อวัง</td> <td>๗ แห่ง</td> <td>ส่ง ๒ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- เลิงนกทา</td> <td>๑๙ แห่ง</td> <td>ส่ง ๖ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- ไทยเจริญ</td> <td>๗ แห่ง</td> <td>ส่ง ๒ สถานบริการ</td> </tr> </table>	- เมืองยโสธร	๒๒ แห่ง	ส่ง ๗ สถานบริการ	- ทรายมูล	๑๐ แห่ง	ส่ง ๓ สถานบริการ	- กุดชุม	๑๔ แห่ง	ส่ง ๔ สถานบริการ	- เขื่อนแก้ว	๑๗ แห่ง	ส่ง ๕ สถานบริการ	- ป่าดิว	๘ แห่ง	ส่ง ๒ สถานบริการ	- มหาชนะชัย	๑๗ แห่ง	ส่ง ๕ สถานบริการ	- ค้อวัง	๗ แห่ง	ส่ง ๒ สถานบริการ	- เลิงนกทา	๑๙ แห่ง	ส่ง ๖ สถานบริการ	- ไทยเจริญ	๗ แห่ง	ส่ง ๒ สถานบริการ
- เมืองยโสธร	๒๒ แห่ง	ส่ง ๗ สถานบริการ																										
- ทรายมูล	๑๐ แห่ง	ส่ง ๓ สถานบริการ																										
- กุดชุม	๑๔ แห่ง	ส่ง ๔ สถานบริการ																										
- เขื่อนแก้ว	๑๗ แห่ง	ส่ง ๕ สถานบริการ																										
- ป่าดิว	๘ แห่ง	ส่ง ๒ สถานบริการ																										
- มหาชนะชัย	๑๗ แห่ง	ส่ง ๕ สถานบริการ																										
- ค้อวัง	๗ แห่ง	ส่ง ๒ สถานบริการ																										
- เลิงนกทา	๑๙ แห่ง	ส่ง ๖ สถานบริการ																										
- ไทยเจริญ	๗ แห่ง	ส่ง ๒ สถานบริการ																										
สูตรการคำนวณวัด	$(A/B) \times 100$ และ $(C/D) \times 100$																											
อัตราการรักษาสําเร็จ	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในCohort ที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาในCohort ที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒</p>																											
อัตราการค้นพบผู้ป่วย	<p>C = สถานบริการที่ป้อนยาผู้ป่วยโดย จทน.หรือ อสม. (โรงพยาบาลนับเป็น ๑ สถานบริการ)</p> <p>D =เป้าหมาย</p>																											
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน	<p>นายเกียรติศักดิ์ พงประเสริฐ โทรศัพท์ ๐๙๙-๔๔๙๙๙๗๙</p> <p>นางสาวจรรยา ดวงแก้ว โทรศัพท์ ๐๘๑-๐๖๗๓๙๙๖</p>																											

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ระดับความสำเร็จของการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคหัด และโรคโปลิโอ

โครงการ	กำจัดโรคหัด และกวาดล้างโรคโปลิโอ					
ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการให้บริการวัคซีนป้องกันโรคหัด และโรคโปลิโอ					
ระดับการวัดผล	ระดับ CUP					
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ในกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์ ๑. วัคซีน MMR๑ ในเด็กอายุ ๙ เดือน และ MMR๒ ในเด็กอายุ ๒ ปี ๖ เดือน > ร้อยละ ๙๕ ๒. วัคซีน OPV๓ ในเด็กอายุ ๖ เดือน > ร้อยละ ๙๐					
คำนิยาม	๑. วัคซีน MMR หรือวัคซีนรวมหัด คางทูม หัดเยอรมัน อายุที่เด็กควรได้รับวัคซีน คือ MMR ๑ = ๙ เดือน MMR๒ = ๒ ปี ๖ เดือน ๒. วัคซีน OPV๓ หรือวัคซีนโปลิโอชนิดรับประทาน Dose ที่ ๓ ในเด็กอายุ ๖ เดือน > ร้อยละ ๙๐					
กลุ่มเป้าหมาย	เด็กที่มีอายุ ๖ เดือน - ๒ ปี ๖ เดือน					
น้ำหนักคะแนน	๕ คะแนน (MMR ๑ = ๒, MMR ๒ = ๒ และ OPV ๓ = ๑)					
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราความ	< ๖๕	๖๕.๑-	๗๕.๑-	๘๕.๑-	> ๙๐
	ครอบคลุมการ		๗๕	๘๕	๙๐	
	ได้รับวัคซีนแต่ละ					
	ชนิด					
	น้ำหนักคะแนน	< ๖๕	๖๕.๑-	๗๕.๑-	๘๕.๑-	> ๙๐
			๗๕	๘๕	๙๐	
	หมายเหตุ น้ำหนัก ร้อยละ ๑๐๐ ของแต่ละตัววัคซีน					
วิธีจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บโดย Data center และลงสมุดสุมุดสีชมพูเด็กอำเภอละ ๑ หมู่บ้าน					
สูตรการคำนวณวัด	ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนอายุ ๖ เดือน-๒ ปี ๖ เดือน = $\frac{\text{จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน}}{\text{จำนวนกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ที่รับผิดชอบทั้งหมดที่อาศัยอยู่จริง}} \times 100$					
ระยะเวลาการประเมินผล	รอบที่ ๑ ต.ค.๖๑ - ๓๐ มิ.ย.๖๒ (รวม ๓ ไตรมาส)					
ผู้รับผิดชอบรายงานผลการดำเนินงาน	นางชลลดา สรณอนุศาสน์ โทรศัพท์ ๐๘๙-๖๒๗๒๘๕๘ นางสาวจรรยา ดวงแก้ว โทรศัพท์ ๐๘๑-๐๖๗๓๙๙๖					

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ : ระดับความสำเร็จ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๑๐.๑ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

คำนิยาม	<p>๑. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน</p> <p>๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา - การบำบัดมือเกลือ - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝังเข็ม - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>๔. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ๖๒	ปีงบประมาณ๖๓	ปีงบประมาณ๖๔	ปีงบประมาณ๖๕
	ร้อยละ ๑๘.๕	ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๒๐.๕	ร้อยละ ๒๑.๕
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ความครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม</p> <p>๒. การรายงานจากจังหวัด</p>			
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider)			

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔		
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๒ :			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. มีการชี้แจง และสร้างกลไกการมีส่วนร่วมพัฒนางานแพทย์แผนไทยระดับอำเภอ ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการ การแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน	๑. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข ๒. สถานบริการสาธารณสุขได้แก่ รพศ. รพท. รพช. เข้าร่วมโครงการรับรองคุณภาพมาตรฐานงานแพทย์แผนไทย (Hospital Accreditation : TTM HA)	สถานบริการทุกระดับมีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสานที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามบริบทของหน่วยบริการได้แก่ - คลินิกครบวงจรด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก - คลินิก OPD แพทย์แผนไทยคู่ขนาน	๑. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๑๘.๕ ๒. ส่งเสริมให้มีการส่งจ่ายสมุนไพร โดยมีมูลค่าการส่งจ่ายสมุนไพรมากกว่าร้อยละ ๖ ของมูลค่าการส่งจ่ายยาทั้งหมด
วิธีการประเมินผล :	๑. ข้อมูลของอำเภอ จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข ๒. ข้อมูลของอำเภอจากการตรวจและนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร		

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ ความสำเร็จ	ระดับ ๑ ๑ คะแนน	ระดับ ๒ ๒ คะแนน	ระดับ ๓ ๓ คะแนน	ระดับ ๔ ๔ คะแนน	ระดับ ๕ ๕ คะแนน
	มีการดำเนิน กิจกรรม	รอบ ๓ เดือน มี ๑ กิจกรรม	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ผลงานร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และ ฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
	ระดับ โรงพยาบาล ทั่วไป	ร้อยละ ๐ - ๑	ร้อยละ ๑ - ๒	ร้อยละ ๒ - ๓	ร้อยละ ๓ - ๔	ร้อยละ ๔ - ๕
	ระดับ โรงพยาบาล	ร้อยละ ๐ - ๒	ร้อยละ ๒ - ๔	ร้อยละ ๔ - ๖	ร้อยละ ๖ - ๘	ร้อยละ ๘ - ๑๐
	ระดับ รพ.สต.	ร้อยละ ๐ - ๕	ร้อยละ ๕ - ๑๐	ร้อยละ ๑๐ - ๑๕	ร้อยละ ๑๕ - ๒๐	ร้อยละ ๒๐ - ๒๕
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน					
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕					

๑๐.๒ ระดับความสำเร็จการส่งเสริมการไช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรกลำดับแรกในการรักษา Common cold Dyspepsia และอูจาระร่วง ชนิดไม่ติดเชื้อ

๑๐.๒.๑ ร้อยละการไช้ยาสมุนไพรชนิดในโรค ท้องอืด ท้องเฟ้อ ในผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบ	ความหมาย
ตัวชี้วัด	ร้อยละการไช้ยาสมุนไพรชนิดในโรค ท้องอืด ท้องเฟ้อ ในผู้ป่วยนอก
นิยาม	๑. โรคท้องอืด ท้องเฟ้อ หรืออาหารไม่ย่อย (Dyspepsia) หมายถึง อาการไม่สบายท้องตรงบริเวณยอดอกหรือใต้ลิ้นปี่ ที่เกิดขึ้นระหว่างหรือหลังกินอาหาร โดยมีอาการ อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างรวมๆกัน เช่น จุกเสียด แน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ มีลมในท้อง เรอบ่อย แสบท้อง เรอเปรี้ยว คลื่นไส้หรืออาเจียนเล็กน้อย อาการจะเป็นเฉพาะบริเวณระดับเหนือ สะดือ จะไม่มีอาการปวดท้องใต้สะดือ และไม่มี ความผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายร่วมด้วย อาการนี้ พบได้เกือบทุกคนทั้งเด็กและผู้ใหญ่ บางรายเป็นครั้งคราว บางรายอาจเป็นๆหายๆ เรื้อรัง อาจมี สาเหตุได้หลากหลาย ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงโรคที่รุนแรง และความผิดปกติ (พยาธิสภาพ) อาจอยู่ทั้งใน

	และนอกกระเพาะอาหารและลำไส้ ระบุโรคตาม ICD๑๐ ที่กำหนด ๒.ยาแผนไทยที่รักษาโรค ท้องอืด ท้องเฟ้อ ได้แก่ ขมิ้นชัน						
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคท้องอืด ท้องเฟ้อ						
ข้อมูลที่ ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคท้องอืด ท้องเฟ้อ ที่ได้รับยาสมุนไพร						
ข้อมูลที่ ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคท้องอืด ท้องเฟ้อ ทั้งหมด						
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส ๔						
รหัสโรค:ตัวตั้ง และตัวหาร	R๑๔.๐ R๑๔.๑ R๑๔.๒ R๑๔.๓ K๓๐ U๖๖.๘๐						
หน่วยวัด ตัวชี้วัด	ร้อยละ						
เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐						
วิธีแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี						
วิธีการ ประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ จากฐานข้อมูล Cockpit กระทรวงสาธารณสุข						
เกณฑ์การให้ คะแนน	ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	
		๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน	
	ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรขมิ้นชัน	๐ - ๕	๕ - ๑๐	๑๐ - ๑๕	๑๕ - ๒๐	๒๐ - ๒๕	
เอกสาร สนับสนุน :	คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน						
ผู้รับผิดชอบ การรายงานผล การดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕						

๑๐.๒.๒ ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในโรค common cold ในผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบ	ความหมาย												
ตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในโรคไข้หวัด common cold ในผู้ป่วยนอก												
นิยาม	๑. ไข้หวัด common cold คือ โรคติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจส่วนบนที่กระทบต่อจมูกเป็นหลัก อาการของโรคมั้ทั้งไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล และไข้ ซึ่งมักหายไปเองในเจ็ดถึงสิบวัน ระบุโรคตาม ICD๑๐ ที่กำหนด ๒. ยาแผนไทยที่รักษาโรคไข้หวัด common cold ในผู้ป่วยนอก ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร												
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรคไข้หวัด common cold												
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นไข้หวัด common cold ที่ได้รับยาสมุนไพร												
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นไข้หวัด common cold ทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔												
รหัสโรค:ตัวตั้งและตัวหาร	J๐๐ J๐๑.๙ J๐๒.๙ J๐๓.๙ J๐๖.๙ J๒๐.๙ U๕๖.๑๐ U๕๖.๑๑ U๕๖.๑๙ U๕๘.๔๓ U๖๔.๐ U๖๔.๑ U๖๔.๒ U๖๔.๓ U๖๕.๓๐ U๖๕.๓๑ U๖๕.๓๒												
หน่วยวัดตัวชี้วัด	ร้อยละ												
เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐												
วิธีแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี												
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ จากฐานข้อมูล Cockpit กระทรวงสาธารณสุข												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความสำเร็จ</th> <th>ระดับ ๑ ๑ คะแนน</th> <th>ระดับ ๒ ๒ คะแนน</th> <th>ระดับ ๓ ๓ คะแนน</th> <th>ระดับ ๔ ๔ คะแนน</th> <th>ระดับ ๕ ๕ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร</td> <td>๐ - ๕</td> <td>๕ - ๑๐</td> <td>๑๐ - ๑๕</td> <td>๑๕ - ๒๐</td> <td>๒๐ - ๒๕</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๑ ๑ คะแนน	ระดับ ๒ ๒ คะแนน	ระดับ ๓ ๓ คะแนน	ระดับ ๔ ๔ คะแนน	ระดับ ๕ ๕ คะแนน	ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร	๐ - ๕	๕ - ๑๐	๑๐ - ๑๕	๑๕ - ๒๐	๒๐ - ๒๕
ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๑ ๑ คะแนน	ระดับ ๒ ๒ คะแนน	ระดับ ๓ ๓ คะแนน	ระดับ ๔ ๔ คะแนน	ระดับ ๕ ๕ คะแนน								
ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจร	๐ - ๕	๕ - ๑๐	๑๐ - ๑๕	๑๕ - ๒๐	๒๐ - ๒๕								
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน												
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕												

๑๐.๒.๓ ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ติดเชื้อ ในผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบ	ความหมาย												
ตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้ยาสมุนไพรในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ติดเชื้อ ในผู้ป่วยนอก												
นิยาม	๑.โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ติดเชื้อ หมายถึง ภาวะที่มีอุจจาระเหลวกว่าปกติ ตั้งแต่ ๓ ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ ๑ ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า ๒ สัปดาห์ อุจจาระไม่เป็นมูกหรือมีเลือดปน ท้องเสียชนิดที่ไม่มีไข้ ระบุโรคตาม ICD๑๐ ที่กำหนด ๒.ยาแผนไทยที่ใช้รักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ติดเชื้อ ได้แก่ ยาธาตุบรรจบ ยาเหลืองปิดสมุทร ฟ้าทะลายโจร												
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการใช้ยาสมุนไพรและลดการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น												
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ ๓ เดือนขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาสมุนไพร												
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ ๓ เดือนขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔												
รหัสโรค:ตัวตั้งและตัวหาร	A๐๕.๙ K๕๒.๙ U๖๙.๘๐												
หน่วยวัดตัวชี้วัด	ร้อยละ												
เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕												
วิธีแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี												
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ จากฐานข้อมูล Cockpit กระทรวงสาธารณสุข												
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความสำเร็จ</th> <th>ระดับ ๑ ๑ คะแนน</th> <th>ระดับ ๒ ๒ คะแนน</th> <th>ระดับ ๓ ๓ คะแนน</th> <th>ระดับ ๔ ๔ คะแนน</th> <th>ระดับ ๕ ๕ คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละการใช้ยาสมุนไพร ฟ้าทะลายโจร หรือ ธาตุบรรจบ หรือ เหลืองปิดสมุทร</td> <td>๐ - ๕</td> <td>๕ - ๑๐</td> <td>๑๐ - ๑๕</td> <td>๑๕ - ๒๐</td> <td>๒๐ - ๒๕</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๑ ๑ คะแนน	ระดับ ๒ ๒ คะแนน	ระดับ ๓ ๓ คะแนน	ระดับ ๔ ๔ คะแนน	ระดับ ๕ ๕ คะแนน	ร้อยละการใช้ยาสมุนไพร ฟ้าทะลายโจร หรือ ธาตุบรรจบ หรือ เหลืองปิดสมุทร	๐ - ๕	๕ - ๑๐	๑๐ - ๑๕	๑๕ - ๒๐	๒๐ - ๒๕
ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๑ ๑ คะแนน	ระดับ ๒ ๒ คะแนน	ระดับ ๓ ๓ คะแนน	ระดับ ๔ ๔ คะแนน	ระดับ ๕ ๕ คะแนน								
ร้อยละการใช้ยาสมุนไพร ฟ้าทะลายโจร หรือ ธาตุบรรจบ หรือ เหลืองปิดสมุทร	๐ - ๕	๕ - ๑๐	๑๐ - ๑๕	๑๕ - ๒๐	๒๐ - ๒๕								
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน												
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕												

ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ร้อยละของหน่วยบริการ (รพ./รพ.สต) ที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน

คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการ สังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดยโสธร โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงินดังนี้		
	๑. ระดับคะแนน Risk Scoring (คะแนนจาก Cockpit)		
	ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสียหาย(Risk scoring)	คำอธิบาย
	๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		แสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
	๑.๑ CR<๑.๕	๑	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน/หนี้สินหมุนเวียน
	๑.๒ QR<๑	๑	QR = เงินสดรายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ / หนี้สินหมุนเวียน
	๑.๓ Cash<๐.๘	๑	Cash Ratio = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน
	๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
	๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC<๐	๑	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียนหัก หนี้สินหมุนเวียน
	๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) NI<๐	๑	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้-ค่าใช้จ่าย
	๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี ๒ มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน ดูได้ทั้ง ๒ มิติ เนื่องจากทั้ง ๒ มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ

	๓.๑ มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่ เพียงพอรับการระดมทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก และมี NI ติดลบ		
	-ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > ๖ เดือน	๐	
	-ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > ๓ ไม่เกิน ๖ เดือน	๑	
	-ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ <= ๓ เดือน	๒	
	๓.๒ มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอชำระหนี้สินหมุนเวียน(กรณี NWC ติดลบ และมี NI เป็นบวก		
	- ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๖ เดือน	๒	
	- ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑	
	- ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก <= ๓ เดือน	๐	
	๓.๓ กรณี NWC และ NI เป็นบวก	๐	
	๓.๔ กรณี NWC และ NI เป็นลบ	๒	
	๓. การดำเนินงานติดตามกำกับเครื่องมือประสิทธิภาพด้านการเงิน ๓.๑ การควบคุมกำกับแผนทางการเงิน (รพ./รพ.สต.) ๓.๒ การจัดเก็บรายได้ (รพ.สต.) ๓.๓ ประเมินผล ๗ plus Efficiency (รพ.) ๓.๔ ต้นทุนผู้ป่วยนอก/ผู้ป่วยใน (รพ.)		

<p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>	<p>การดำเนินงานติดตามกำกับเครื่องมือประสิทธิภาพด้านการเงิน คิดเป็นคะแนนร้อยละ ๑๐๐</p> <p>๑. การดำเนินงานส่วน รพ.สต. คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๔๐</p> <p>๑.๑ การควบคุมกำกับแผนรายได้แผนค่าใช้จ่าย คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๒๐ ผลต่างของแผนและผล รายได้ ค่าใช้จ่าย ไม่เกิน +- ร้อยละ ๑๐ (รายได้หักงบลงทุน ค่าใช้จ่ายหักค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย) (รายได้ ร้อยละ ๑๐ ค่าใช้จ่าย ร้อยละ ๑๐) คะแนนคิดตามสัดส่วนจำนวน รพ.สต.</p> <p>๑.๒ การจัดเก็บรายได้ (รพ.สต.) คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๒๐ เปรียบเทียบการเรียกเก็บเงินกับการให้บริการรายสิทธิ (HDC) คะแนนคิดตามสัดส่วนจำนวน รพ.สต.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ประกันสังคม (ร้อยละ ๑๐) - อปท. (ร้อยละ ๕) - อื่นๆ (ร้อยละ ๕) <p>๒. การดำเนินงานส่วน รพ.คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๖๐</p> <p>๒.๑ การควบคุมกำกับแผน Planfin ควรมีการควบคุมกำกับทั้ง ๗ แผน แต่จะคิดคะแนนเฉพาะแผนรายได้แผนค่าใช้จ่าย ผลต่างของแผนและผล รายได้ ค่าใช้จ่าย ไม่เกิน +- ร้อยละ ๕ (รายได้หักงบลงทุน ค่าใช้จ่ายหักค่าเสื่อมราคาและตัดจำหน่าย) คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๔๐ (รายได้ ร้อยละ ๒๐ ค่าใช้จ่าย ร้อยละ ๒๐)</p> <p>๒.๒ ประเมินผล ๗ plus Efficiency ผ่าน ≥ 5 ตัวขึ้นไป คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๑๕</p> <table border="1" data-bbox="432 1010 1469 1256"> <thead> <tr> <th>คะแนน</th> <th>ร้อยละที่ได้</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>๑๕</td> </tr> <tr> <td>A-</td> <td>๑๐</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>น้อยกว่า B</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๒.๓ ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แบบ Quick method ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน รพ.ระดับเดียวกัน คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๕</p> <table border="1" data-bbox="432 1355 1469 1554"> <thead> <tr> <th>รายการ</th> <th>ร้อยละที่ได้</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>- ต้นทุนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในเกินเกณฑ์มาตรฐาน</td> <td>๒.๕</td> </tr> <tr> <td>- ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเกินเกณฑ์มาตรฐาน</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table>	คะแนน	ร้อยละที่ได้	A	๑๕	A-	๑๐	B	๕	น้อยกว่า B	๐	รายการ	ร้อยละที่ได้	- ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน	๕	- ต้นทุนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในเกินเกณฑ์มาตรฐาน	๒.๕	- ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเกินเกณฑ์มาตรฐาน	๐
คะแนน	ร้อยละที่ได้																		
A	๑๕																		
A-	๑๐																		
B	๕																		
น้อยกว่า B	๐																		
รายการ	ร้อยละที่ได้																		
- ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน	๕																		
- ต้นทุนผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในเกินเกณฑ์มาตรฐาน	๒.๕																		
- ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเกินเกณฑ์มาตรฐาน	๐																		
<p>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</p>	<p>หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดยโสธร โรงพยาบาล ๙ แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๑๓ แห่ง</p>																		

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ) http://hfo๒๒.cfo.in.th/ ๒. การวิเคราะห์จากโปรแกรมฐานข้อมูลการเงิน-การคลัง รายหน่วยบริการจังหวัดยโสธร กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร http://www.pkyasothon.org/money/ รายเดือน/รายไตรมาส ๓. การวิเคราะห์จากโปรแกรม HDC เปรียบเทียบกับข้อมูลการโอนเงินจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง																						
แหล่งข้อมูล	๑. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ http://www.pkyasothon.org/money/ ๒. กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร http://www.pkyasothon.org/money/ ๓. โปรแกรม HDC																						
รายการข้อมูล ๑	จำนวนคะแนนที่ได้																						
รายการข้อมูล ๒																							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	การให้คะแนน : <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>คะแนน (ร้อยละ)</td> <td><=๖๐</td> <td><=๗๐</td> <td><=๘๐</td> <td><=๙๐</td> <td>=๑๐๐</td> </tr> <tr> <td>คะแนนที่ได้</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td colspan="6">คะแนนคิดตามสัดส่วนร้อยละที่ได้</td> </tr> </table>					คะแนน (ร้อยละ)	<=๖๐	<=๗๐	<=๘๐	<=๙๐	=๑๐๐	คะแนนที่ได้	๑	๒	๓	๔	๕	คะแนนคิดตามสัดส่วนร้อยละที่ได้					
คะแนน (ร้อยละ)	<=๖๐	<=๗๐	<=๘๐	<=๙๐	=๑๐๐																		
คะแนนที่ได้	๑	๒	๓	๔	๕																		
คะแนนคิดตามสัดส่วนร้อยละที่ได้																							
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาส ๑,๒,๓ และ ๔																						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางณัทชดา จิรวิธรรม	เบอร์ติดต่อ	: ๐ ๘๑๘๗๑๗๑๗๐																				
	นางจุฑารัตน์ แก้วคุณ	เบอร์ติดต่อ	: ๐ ๘๖๘๖๘๖๖๖๐																				
	นางเพ็ญแข สอาดยิ่ง	เบอร์ติดต่อ	: ๐ ๘๙๗๐๙๖๗๘๒																				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางจุฑารัตน์ แก้วคุณ	เบอร์ติดต่อ	: ๐ ๘๖๘๖๘๖๖๖๐																				
	นางเพ็ญแข สอาดยิ่ง	เบอร์ติดต่อ	: ๐ ๘๙๗๐ ๙๖๗๘๒																				

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking สอดรับตาม PA กระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA)(ตัวชี้วัดที่ ๔๕ กระทรวงสาธารณสุข)

ระดับหน่วยงานที่วัดผล : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ(๙ อำเภอ)

ระดับค่าคะแนน : คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

เกณฑ์คะแนน :

ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่าคะแนน
๑	ความสมบูรณ์ของแผนยุทธศาสตร์หน่วยงาน (๑๕ คะแนน)	หน่วยงานมีการกำหนดวิสัยทัศน์ ยุทธศาสตร์ เป้าประสงค์ ค่าเป้าหมายรวม เป้าหมายย่อยรายปี กลยุทธ์ และแผนงานรองรับรายปี - มีครบ และสมบูรณ์ - มีแต่ไม่ครบ - ไม่มี หรือมีแต่หมดอายุของแผนยุทธศาสตร์	๑๕ ๘ ๐
๒	การเขียนลักษณะสำคัญขององค์กร (๑๕ คะแนน)	มีรายงานลักษณะสำคัญขององค์กรฉบับยาวและแบบสรุป ๑ หน้า - มีครบ และสมบูรณ์ - มี แต่ไม่ครบหรือ ไม่สมบูรณ์ - ไม่มี	๑๕ ๘ ๐
๓	การประเมินตนเองตามโปรแกรม ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) (๑๕ คะแนน)	มีการประเมินตนเองตามโปรแกรมสำเร็จรูปทั้ง ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) - มีการประเมินครบทั้ง ๔ และนำรวมเป็นเล่มภาพรวม - มีการประเมิน ครบทั้ง ๔ หมวด แต่ไม่ได้้นำรวมเล่ม - มีการประเมินบางหมวด - ไม่มี	๑๕ ๑๐ ๕ ๐
๔	แผนปรับปรุงส่วนขาด/พัฒนา ครบ ๔ หมวด (หมวด ๑,๒,๔,๕) (๒๐ คะแนน)	มีแผนการ ๑.) แผนปรับปรุงตนเองตามส่วนขาดหรือเพื่อการพัฒนาครบทั้ง ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) และ ๒.) แผนการเสนอขอรับการตรวจประเมินคุณภาพ PMQA ของหน่วยงาน - มีครบทั้ง ๒ แผน - มี แต่ไม่ครบ - ไม่มี	๒๐ ๑๐ ๐

๕	การดำเนินงานตามแผนปรับปรุง (๑๐ คะแนน)	มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้ - ดำเนินการเป็นไปตามแผนที่กำหนด - ดำเนินการ แต่ไม่ตรงกับแผนที่กำหนด - ไม่มีการดำเนินการ	๑๐ ๕ ๐
๖	จัดทำข้อมูลตัวชี้วัดของตนเอง ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) และตัวชี้วัดบังคับจากกระทรวง ลงผลลัพธ์การดำเนินงานในหมวด ๗ (๑๐ คะแนน)	มีการคัดเลือกตัวชี้วัดจากทั้ง ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) กำหนดเป็นความสำเร็จสะท้อนผลลัพธ์ในหมวดที่ ๗ โดยรวมตัวชี้วัดบังคับจากกระทรวงด้วย - มีการกำหนดครบทั้ง ๔ หมวด - มีการกำหนดเพียงหมวดใด หมวดหนึ่ง - ไม่มี	๑๐ ๕ ๐
๗	มีการรายงานกระทรวงทันกำหนดวันเวลาตามไตรมาสที่กำหนด(๑๕ คะแนน)	มีการดำเนินการส่งรายงานให้กระทรวงผ่านระบบที่กำหนดทันเวลา ๑.ไตรมาสที่ ๑ ไม่เกินวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๒ ๒.ไตรมาสที่ ๒ ไม่เกินวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๒ ๓.ไตรมาสที่ ๓ ไม่เกินวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ๔.ไตรมาสที่ ๔ ไม่เกินวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๒ - ส่งทันเวลาทุกไตรมาส ครบทุกรายงาน - ส่งทันบางไตรมาส/ส่งทันทุกไตรมาสแต่ไม่ครบทุกรายงาน - ไม่ส่ง	๑๕ ๘ ๐

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ PMQA : Public Sector Management Quality Award

ลักษณะ	เชิงคุณภาพ/ปริมาณ
ระดับการวัดผล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
ตัวชี้วัดของจังหวัด	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่งผ่านเกณฑ์การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ความสมบูรณ์ของ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ลักษณะสำคัญขององค์การ สาระสำคัญที่มีความชัดเจนในการกำหนดทิศทาง และเป้าหมายขององค์การ ๒. การนำองค์การ ที่ผู้บริหาร(สาธารณสุขอำเภอ หรือคณะบริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ใช้กระบวนการหรือขั้นตอนการบริหารนำพาให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบรรลุเป้าหมายวิสัยทัศน์ที่กำหนดไว้ ๓. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ที่ครอบคลุมและให้ความเชื่อมั่นว่ามีคุณภาพเพียงพอที่จะขับเคลื่อนองค์การไปสู่การบรรลุเป้าหมายวิสัยทัศน์ได้ ๔. การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้กำหนดผู้รับบริการให้สอดคล้องกับบริการที่กำหนดขึ้นจากภารกิจหน้าที่หรือพันธกิจ การกำหนดวิธีการรับฟังความเห็นความต้องการ ตลอดจนวิธีการนำข้อมูลที่ได้ไปสู่การปรับปรุง ๕. การวัด การวิเคราะห์และการจัดความรู้ ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้กำหนดเครื่องมือวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การใช้ประโยชน์ของข้อมูล และการป้องกันข้อมูลข่าวสาร ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและทันสมัย พร้อมกับการดำเนินการให้ผู้เกี่ยวข้องทั้งจากเจ้าหน้าที่สู่เจ้าหน้าที่ หรือจากเจ้าหน้าที่สู่ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการเดินไปสู่ทิศทางเป้าหมายที่กำหนดที่เหมือนกัน ๖. การมุ่งเน้นบุคลากร ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอได้จัดวางกำลังบุคลากร การพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับทิศทาง และเป้าหมายขององค์การ ๗. การมุ่งเน้นกระบวนการ ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้ดำเนินการจัดทำผังขั้นตอน(Flow Chart) ตลอดจนการกำหนดกระบวนการ การจัดทำคู่มือ การดำเนินงานสู่เป้าหมาย และทิศทางที่กำหนด ๘. การแสดงผลลัพธ์การดำเนินการ ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนำตัวชี้วัดที่กำหนดขึ้นทุกตัว และตัวชี้วัดบังคับจากกระทรวงสาธารณสุข พร้อมแสดงผลสำเร็จตามรอบการประเมิน <p>ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ มีการเขียนรายงาน การจัดทำรวมรูปเล่ม หรือการรวมแฟ้มข้อมูลอย่างเป็นหมวดหมู่ที่อธิบายถึง</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการเขียนรายงานลักษณะสำคัญขององค์การ ครบจำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี

	<p>๒. มีการเขียนอธิบายลักษณะที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตนเองเป็นอยู่ปัจจุบันตามหมวดต่าง ๆ</p> <p>๓. มีการประเมินตนเองตามโปรแกรมสำเร็จรูป โดยอาศัยข้อมูลจากข้อ ๒. มาเป็นแนวทางการให้คะแนน</p> <p>๔. การพิจารณำส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ หรือมีค่าการประเมินที่มีค่าคะแนนน้อยกว่าข้อ ๓. กำหนดเป็นส่วนขาดหรือส่วนที่ต้องนำมาปรับปรุง (Opportunity for Improvement: OFI) โดยเรียงลำดับการแก้ไขก่อนหลัง</p> <p>๕. นำส่วนขาดข้อ ๔. มาจัดทำแผนการปรับปรุงพัฒนาองค์การรายหมวด โดยระบุช่วงเวลา queปรับปรุงแก้ไข</p> <p>๖. การดำเนินงานตามแผนที่กำหนด</p> <p>๗. การสรุปผลการดำเนินงาน และการลงข้อมูลการดำเนินงาน ลงในผลลัพธ์การดำเนินงาน</p> <p>๘. การจัดส่งเอกสาร หรือ ผลการดำเนินงาน ตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตามรอบ ๓,๖,๙ และ ๑๒ เดือน ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต</p> <p>๙. แสดงข้อมูลการดำเนินงานตามรอบเวลา ให้ทีมตรวจประเมินภายใน Internal Auditor หรือการตรวจประเมินผลการปฏิบัติงาน (Ranking) ตามรอบ</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖</p> <p>๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ มาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>เชิงปริมาณ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทุกแห่งมีการดำเนินการและผ่านเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>เชิงคุณภาพ : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอภายในเครือข่ายบริการเดียวกัน มีการจัดการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกัน อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง และ/หรือมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในเขตสุขภาพอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง</p>
กลุ่มเป้าหมาย	<p>หน่วยงาน: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร</p> <p>บุคลากร : สาธารณสุขอำเภอ และหรือ คณะกรรมการบริหารสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>
วิธีการเก็บข้อมูล	จากการส่งรายงานให้กระทรวง และหรือการเรียกขอข้อมูล
แหล่งข้อมูล	<p>๑. ฐานข้อมูลของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>
ระยะเวลาประเมินผล	<p>๑. ตามรายไตรมาสการส่งรายงานให้กระทรวง</p> <p>๒. ตามรอบการออกประเมินผลการปฏิบัติงาน (Ranking)</p>
เกณฑ์การประเมิน	๑. เกณฑ์จากกระทรวง

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>สสอ.จัดส่งรายงานไม่ เกินวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๒ ตามที่กำหนด ประกอบด้วย</p> <p>๑. ลักษณะสำคัญ องค์การ</p> <p>๒. ผลการประเมิน ตนเอง(Self- Assessment)</p> <p>๓. แผนการพัฒนา องค์การ</p> <p>๔. กำหนดตัวชี้วัดของ ตนเองร่วมกับตัวชี้วัด กระทรวงบังคับ</p>	<p>สสอ.ส่งรายงานไม่ เกินวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๒</p> <p>ประกอบด้วย</p> <p>๑. การดำเนินงาน ตามแผนที่กำหนด</p> <p>๒. รายงานผลใน ตัวชี้วัดที่กำหนด</p>	<p>สสอ.ส่งรายงานไม่ เกินวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒</p> <p>ประกอบด้วย</p> <p>๑. การดำเนินงาน ตามแผนที่กำหนด</p> <p>๒. รายงานผลใน ตัวชี้วัดที่กำหนด</p>	<p>สสอ.ส่งรายงานไม่ เกินวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๒</p> <p>ประกอบด้วย</p> <p>๑. การดำเนินงาน ตามแผนที่กำหนด</p> <p>๒. รายงานผลใน ตัวชี้วัดที่กำหนด</p>

๒. เกณฑ์การออกประเมินผลการปฏิบัติงาน (Ranking)

ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่าคะแนน
๑	การประเมินตนเอง ตามโปรแกรม ๔ หมวด (หมวด ๑,๒,๔,๕) (๑๕ คะแนน)	<p>มีการประเมินตนเองตามโปรแกรมสำเร็จรูปทั้ง ๔ หมวด (หมวด ๑,๒,๔,๕)</p> <p>- มีการประเมินครบทั้ง ๔ และนำรวมเป็น เล่มภาพรวม</p> <p>- มีการประเมิน ครบทั้ง ๔ หมวด แต่ไม่ได้ นำรวมเล่ม</p> <p>- มีการประเมินบางหมวด</p> <p>- ไม่มี</p>	<p>๑๕</p> <p>๑๐</p> <p>๕</p> <p>๐</p>
๒	แผนปรับปรุงส่วน ขาด/พัฒนา ครบ ๔ หมวด (หมวด ๑,๒,๔,๕) (๒๐ คะแนน)	<p>มีแผนการ ๑.) แผนปรับปรุงตนเองตามส่วนขาดหรือ เพื่อการพัฒนาครบทั้ง ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) และ ๒.) แผนการเสนอขอรับการตรวจประเมิน คุณภาพ PMQA ของหน่วยงาน</p> <p>- มีครบทั้ง ๒ แผน</p> <p>- มี แต่ไม่ครบ</p> <p>- ไม่มี</p>	<p>๒๐</p> <p>๑๐</p> <p>๐</p>
๓	การดำเนินงานตาม แผนปรับปรุง (๑๐ คะแนน)	<p>มีการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้</p> <p>- ดำเนินการเป็นไปตามแผนที่กำหนด</p> <p>- ดำเนินการ แต่ไม่ตรงกับแผนที่กำหนด</p> <p>- ไม่มีการดำเนินการ</p>	<p>๑๐</p> <p>๕</p> <p>๐</p>

	๔	จัดทำข้อมูลตัวชี้วัด ของตนเอง ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) และ ตัวชี้วัดบังคับจาก กระทรวง ลง ผลลัพธ์การดำเนินงาน ในหมวด ๗ (๑๐ คะแนน)	มีการคัดเลือกตัวชี้วัดจากทั้ง ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) กำหนดเป็นความสำเร็จสะท้อนผลลัพธ์ใน หมวดที่ ๗ โดยรวมตัวชี้วัดบังคับจากกระทรวงด้วย - มีการกำหนดครบทั้ง ๔ หมวด - มีการกำหนดเพียงหมวดใด หมวดหนึ่ง - ไม่มี	๑๐ ๕ ๐
	๕	มีการรายงาน กระทรวงทัน กำหนดวันเวลาตาม ไตรมาสที่กำหนด (๑๕ คะแนน)	มีการดำเนินการส่งรายงานให้กระทรวงผ่านระบบที่ กำหนดทันเวลา ๑. ไตรมาสที่ ๑ ไม่เกินวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๒ ๒. ไตรมาสที่ ๒ ไม่เกินวันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๒ ๓. ไตรมาสที่ ๓ ไม่เกินวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ๔. ไตรมาสที่ ๔ ไม่เกินวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๒ - ส่งทันเวลาทุกไตรมาส ครบทุกรายงาน - ส่งทันบางไตรมาส/ส่งทันทุกไตรมาสแต่ไม่ ครบทุกรายงาน - ไม่ส่ง	๑๕ ๘ ๐
	๖	การประเมินตนเอง ตามโปรแกรม ๔ หมวด (หมวด ๑,๒,๔,๕) (๑๕ คะแนน)	มีการประเมินตนเองตามโปรแกรมสำเร็จรูปทั้ง ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) - มีการประเมินครบทั้ง ๔ และนำรวมเป็น เล่มภาพรวม - มีการประเมิน ครบทั้ง ๔ หมวด แต่ไม่ได้ นำรวมเล่ม - มีการประเมินบางหมวด - ไม่มี	๑๕ ๑๐ ๕ ๐
	๗	แผนปรับปรุงส่วน ขาด/พัฒนา ครบ ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) (๒๐ คะแนน)	มีแผนการ ๑.) แผนปรับปรุงตนเองตามส่วนขาดหรือ เพื่อการพัฒนาครบทั้ง ๔ หมวด(หมวด ๑,๒,๔,๕) และ ๒.) แผนการเสนอขอรับการตรวจประเมิน คุณภาพ PMQA ของหน่วยงาน - มีครบทั้ง ๒ แผน - มี แต่ไม่ครบ - ไม่มี	๒๐ ๑๐ ๐

เอกสารสนับสนุน	๑. เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๕๘ ให้ดาวน์โหลดจากwww.opdc.go.th ๒. จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร						
เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๐-๕๐	๕๑-๖๐	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	๘๑-๑๐๐	
	ระดับการ พัฒนา	พื้นฐาน	พัฒนา	ดี	ดีมาก	ดีเยี่ยม	
ผู้รับผิดชอบและ ประสานงาน	๑. นางสาวรณิ แสนสุข หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๙๖๒๔ ๑๑๔๕ ๒. นางสาวสิรินทร์ฉัตร มีแวง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๙ ๕๖๑๙ ๖๕๖๖						