



คู่มือประเมินผล

การปฏิบัติราชการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)

ปี 2563 จังหวัดยโสธร



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

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

คำนำ

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับ
หน่วยงาน (Ranking) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน
สาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๓ จังหวัดยโสธร เนื้อหาประกอบด้วย
ตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ทั้งสิ้น ๑๗ ตัวชี้วัด แต่ละตัวชี้วัดจะแสดงให้เห็น
ถึงขอบเขต เนื้อหา รายละเอียด วิธีการในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อวัดและประเมินการดำเนินงานแก้ไขปัญหา
สาธารณสุขในพื้นที่ อันเป็นผลมาจาก การดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่อยู่ในความ
รับผิดชอบของหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด

คณะผู้จัดทำคาดหวังว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติ
ราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๓ จังหวัดยโสธร
ซึ่งหากเอกสารฉบับนี้ มีข้อผิดพลาดและขาดความสมบูรณ์ของเนื้อหา คณะผู้จัดทำขอน้อมรับข้อเสนอแนะ
เพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
มีนาคม ๒๕๖๓

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ เพื่อจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๓	
ตัวชี้วัดที่ ๑	๑
ตัวชี้วัดที่ ๒	๓
ตัวชี้วัดที่ ๓	๖
ตัวชี้วัดที่ ๔	๘
ตัวชี้วัดที่ ๕	๑๒
ตัวชี้วัดที่ ๖	๑๖
ตัวชี้วัดที่ ๗	๒๒
ตัวชี้วัดที่ ๘	๒๖
ตัวชี้วัดที่ ๙	๓๐
ตัวชี้วัดที่ ๑๐	๓๖
ตัวชี้วัดที่ ๑๑	๓๙
ตัวชี้วัดที่ ๑๒	๔๒
	๔๔

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
ตัวชี้วัดที่ ๑๒	๑๒.๒ ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ภายใน ๕ ปี	๔๖
	๑๒.๓ ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม ในสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี	๔๗
ตัวชี้วัดที่ ๑๓	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	๔๘
ตัวชี้วัดที่ ๑๔	ร้อยละของผู้ป่วยCKDที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	๔๙
ตัวชี้วัดที่ ๑๕	ร้อยละการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด	๕๑
ตัวชี้วัดที่ ๑๖	ร้อยละการพัฒนางานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๕๗
ตัวชี้วัดที่ ๑๗	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๖๘

ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ
เพื่อจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)
ปี ๒๕๖๓ จังหวัดยโสธร

ตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน

ตัวชี้วัด	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน 17 ต่อแสนการเกิดมีชีพ
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์ และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	๑. พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ๒. เผื่อระวางหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ๓. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ ของงานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์ประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ ร้อยละ ๘๐ คะแนน ขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	งานอนามัยแม่และเด็ก ระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สังเกต จากเอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล ๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ ๓. รายงาน ก๒ Plus และ HDC
เกณฑ์การให้คะแนน	กระบวนการ (๑๐๐ คะแนน) ๑. องค์ประกอบของคณะกรรมการและความต่อเนื่อง ๑๕ คะแนน ๒. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ๓๐ คะแนน ๓. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ๑๕ คะแนน ๔. ระบบส่งต่อ (Fast track) ๒๕ คะแนน ๕. นวัตกรรม/ผลงานเด่น ด้านการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ๑๕ คะแนน ผลลัพธ์ (๓๐ คะแนน)
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	สังเกต จากเอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล
เอกสารสนับสนุน	สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาพร แก้วใส หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๑ ๐๖๔๑๘๘๘ นางสาวสมจิต แซ่ลิ้ม โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๓๐๕๒๓๔
---	---

ตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ > ๘๕%

โครงการ	วัณโรค
ตัวชี้วัด	อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ > ๘๕%
ระดับการวัดผล	ระดับ CUP
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	๑.๑ อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เสมหะบวกและลบ) ๑.๒ อัตราการทำ DOT โดย เจ้าหน้าที่ หรือ อสม. ๑.๓ ความครอบคลุมการ CXR กลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่เสี่ยง ๑.๔ การขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำเทียบกับค่าประมาณการ
คำนิยาม	<p>ความสำเร็จการรักษาหมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลวซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาทั้งนี้ไม่มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติคือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriological confirmed : B+) หมายถึงผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวกอาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B -) หมายถึงผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบแต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p> <p>๓. DOT หมายถึงการป้อนยาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก (M+) จนครบ ๑๘๐ วันหรือมากกว่าจนรักษาครบ หรือรักษาหาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. (ไม่ใช่ญาติป้อนหรือผู้ป่วยกินยาเอง)</p>
กลุ่มเป้าหมาย	<p>๑.อัตราการรักษาสำเร็จ คือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม-๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๒</p> <p>๒.DOT คือผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก (M+)ที่ขึ้นทะเบียนรักษาปีงบประมาณ ๒๕๖๓ (ตั้งแต่เดือน ๑๕ กุมภาพันธ์- ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓)</p> <p>๓.การ CXR(ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓) กลุ่มเสี่ยง ในพื้นที่เสี่ยง ตามที่</p>

	ทุกอำเภอส่งให้ สสจ. ๔.จำนวนผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียน ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓																																	
น้ำหนักคะแนน	ร้อยละ ๒.๕ คะแนน ๔ ข้อ รวม ๑๐ คะแนน																																	
เกณฑ์ เป้าหมาย	อัตราความสำเร็จ	<๖๕	๖๕.๑- ๗๕	๗๕.๑- ๘๕	๘๕.๑- ๙๐	>๙๐																												
	DOT CXR การค้นพบ																																	
	น้ำหนักคะแนน	๐.๕	๑	๑.๕	๒.๐	๒.๕																												
หมายเหตุ น้ำหนักร้อยละ ๒.๕ (แต่ละตัวชี้วัด)																																		
วิธีจัดเก็บ ข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ข้อมูล Success rate , CXR กลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยง และการขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคประเมินได้ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคลหรือโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค NTIP online ข้อมูล DOT ลงสู่ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๓๐ ของสถานบริการ (ลงสู่หมู่บ้านผู้ป่วยสถานบริการละ ๑ คนจากสถานบริการที่สุ่มได้) <table border="1" data-bbox="485 1025 1436 1630"> <tr> <td>-เมือง</td> <td>๒๒ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๗ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- ทราญมุล</td> <td>๑๐ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๓ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- กุดชุม</td> <td>๑๔ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๔ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- เขื่อนแก้ว</td> <td>๑๗ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๕ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- ป่าดิว</td> <td>๘ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๒ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- มหาชนะชัย</td> <td>๑๗ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๕ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- ค้อวัง</td> <td>๗ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๒ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- เลิงนกทา</td> <td>๑๙ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๖ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- ไทยเจริญ</td> <td>๗ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๒ สถานบริการ</td> </tr> </table>							-เมือง	๒๒ แห่ง	สุ่ม ๗ สถานบริการ	- ทราญมุล	๑๐ แห่ง	สุ่ม ๓ สถานบริการ	- กุดชุม	๑๔ แห่ง	สุ่ม ๔ สถานบริการ	- เขื่อนแก้ว	๑๗ แห่ง	สุ่ม ๕ สถานบริการ	- ป่าดิว	๘ แห่ง	สุ่ม ๒ สถานบริการ	- มหาชนะชัย	๑๗ แห่ง	สุ่ม ๕ สถานบริการ	- ค้อวัง	๗ แห่ง	สุ่ม ๒ สถานบริการ	- เลิงนกทา	๑๙ แห่ง	สุ่ม ๖ สถานบริการ	- ไทยเจริญ	๗ แห่ง	สุ่ม ๒ สถานบริการ
-เมือง	๒๒ แห่ง	สุ่ม ๗ สถานบริการ																																
- ทราญมุล	๑๐ แห่ง	สุ่ม ๓ สถานบริการ																																
- กุดชุม	๑๔ แห่ง	สุ่ม ๔ สถานบริการ																																
- เขื่อนแก้ว	๑๗ แห่ง	สุ่ม ๕ สถานบริการ																																
- ป่าดิว	๘ แห่ง	สุ่ม ๒ สถานบริการ																																
- มหาชนะชัย	๑๗ แห่ง	สุ่ม ๕ สถานบริการ																																
- ค้อวัง	๗ แห่ง	สุ่ม ๒ สถานบริการ																																
- เลิงนกทา	๑๙ แห่ง	สุ่ม ๖ สถานบริการ																																
- ไทยเจริญ	๗ แห่ง	สุ่ม ๒ สถานบริการ																																
สูตรการ คำนวณวัด	$(A/B) \times 100$, $(C/D) \times 100$, $(E/F) \times 100$, $(G/H) \times 100$																																	
อัตราการรักษา สำเร็จ	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในCohort ที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๒ โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed)</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาในCohort ที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๓</p>																																	

อัตราการทำ DOT	C = สถานบริการที่ป้อนยาผู้ป่วยโดย จทน.หรือ อสม. (โรงพยาบาลนับเป็น ๑ สถานบริการ) D = เป้าหมาย
อัตรา CXR	E = จำนวนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยงที่ได้ CXR F = จำนวนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่เสี่ยง
อัตราการ ค้นพบผู้ป่วย	G = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษา H = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำที่ประมาณการ
ผู้รับผิดชอบ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายเกียรติศักดิ์ พงประเสริฐ โทรศัพท์ ๐๙๙-๔๔๙๙๙๗๙ นางสาวจรรยา ดวงแก้ว โทรศัพท์ ๐๘๑-๐๖๗๓๙๙๖

ตัวชี้วัดที่ ๓ : ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบรับแจ้งข่าวการใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดย ประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผน	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิมีระบบรับแจ้งข่าวการใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดย ประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ
คำนิยาม	<p>Mobile Application หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจการใช้สารเคมีกำจัด ศัตรูพืชในพื้นที่สำหรับ อสม. ผ่านอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์เคลื่อนที่ => App : อสม.ออนไลน์</p> <p>คลินิกสารเคมีเกษตร หมายถึง คลินิกสุขภาพเกษตรกร หรือ คลินิกการจัดบริการ อาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชนสำหรับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีอยู่เดิม และดำเนินการอยู่แล้ว หรือสามารถจัดตั้งขึ้นมาใหม่ได้</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง สถานบริการระดับแรกที่อยู่ใกล้ชิดชุมชนมีศักยภาพในการให้บริการด้านเวชกรรมหรือทันตกรรมขั้นพื้นฐานตรงตามเกณฑ์ปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย :	
ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิมีการสมัครใช้ App : อสม.ออนไลน์ และมีระบบรับแจ้งข่าวการใช้/ป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร ๓ ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม. ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ได้ข้อมูลจากการสำรวจการใช้สารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต คลอร์ไพริฟอส ไกลโฟเสต) โดย ประชาชน/อสม.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เกษตรกร หรือ ผู้ฉีดพ่นสารเคมีทางการเกษตร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ประสานและรวบรวมข้อมูลจาก บริษัท AIS อสม.ออนไลน์
แหล่งข้อมูล	จากการสำรวจของ ประชาชน / อสม.
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอเป้าหมายที่มีข้อมูลการสำรวจการใช้และปริมาณสารเคมีทางการเกษตร และ การใช้สารหรือวิธีการอื่นที่ปลอดภัยไม่ใช่สารเคมี
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมดในอำเภอเป้าหมาย

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$															
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมินเพื่อจัดอันดับ ปีงบประมาณ 2563															
เกณฑ์การประเมิน : 1) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสุขภาพชุมชน แนะนำ ให้ คำปรึกษา ติดตามการดำเนินงานของประชาชน/อสม. ในการสำรวจการ ใช้สารเคมีฯ ในการใช้ Mobile Application 2) รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล จากหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งหมด และจัดทำสรุป รายงานผลการดำเนินงาน รายงานสถานการณ์ การใช้สารเคมีฯ <p style="text-align: center;">เกณฑ์การให้คะแนน</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>ผลงานหน่วยบริการปฐมภูมิมีการสำรวจการใช้สารเคมี</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>< ร้อยละ 10.00</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>>= ร้อยละ 10.00 และ < ร้อยละ 20.00</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>>= ร้อยละ 20.00 และ < ร้อยละ 30.00</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>>= ร้อยละ 30.00 และ < ร้อยละ 40.00</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>>= ร้อยละ 40.00 และ < ร้อยละ 50.00</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>> ร้อยละ 50.00</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>			ผลงานหน่วยบริการปฐมภูมิมีการสำรวจการใช้สารเคมี	คะแนน	< ร้อยละ 10.00	0	>= ร้อยละ 10.00 และ < ร้อยละ 20.00	1	>= ร้อยละ 20.00 และ < ร้อยละ 30.00	2	>= ร้อยละ 30.00 และ < ร้อยละ 40.00	3	>= ร้อยละ 40.00 และ < ร้อยละ 50.00	4	> ร้อยละ 50.00	5
ผลงานหน่วยบริการปฐมภูมิมีการสำรวจการใช้สารเคมี	คะแนน															
< ร้อยละ 10.00	0															
>= ร้อยละ 10.00 และ < ร้อยละ 20.00	1															
>= ร้อยละ 20.00 และ < ร้อยละ 30.00	2															
>= ร้อยละ 30.00 และ < ร้อยละ 40.00	3															
>= ร้อยละ 40.00 และ < ร้อยละ 50.00	4															
> ร้อยละ 50.00	5															
วิธีการประเมินผล :	คปสอ. สรุปและรายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน															
เอกสารสนับสนุน :	บันทึกข้อความ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ที่ ยส 0032.004/ว119 วันที่ 10 มกราคม 2563 เรื่อง ขอความร่วมมือสำรวจการใช้สารเคมีในครัวเรือน โดย อสม. ผ่าน Mobile application															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางนารถฤดี กุลวิเศษณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 04 571 2233-4 โทรศัพท์มือถือ : 087 514 6841 E-mail : nardludee@gmail.com															

ตัวชี้วัดที่ ๔ ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ								
โครงการที่	โครงการป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพและการใช้ยาอย่างสมเหตุผล								
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)								
ตัวชี้วัดย่อย	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน								
คำนิยาม	<p>(1) RDU : โครงการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)</p> <p>(1) RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community</p> <ul style="list-style-type: none"> - RDU Hospital หมายถึงโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.) - RDU PCU หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น - RDU community หมายถึงการดำเนินการเพื่อทำให้เกิด RDU ในระดับอำเภอ <p>1.1 การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RDU ขั้นที่ 1 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">RDU Hospital (R1)</th> <th style="width: 50%;">RDU PCU (R2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 </td> <td> <p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> </td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> ▪ RDU ขั้นที่ 2 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">RDU Hospital (R1)</th> <th style="width: 50%;">RDU PCU (R2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 </td> <td> <p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ</p> </td> </tr> </tbody> </table>	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>	RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ</p>
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)								
<ol style="list-style-type: none"> 1. อัตราการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3 	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>								
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)								
<ol style="list-style-type: none"> 1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับ</p>								

	<p>2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช. ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %)</p> <p>3. การใช้ยา NSAIDs ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3 ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ 10</p> <p>4. การใช้ยา glibenclamide ในผู้ป่วยสูงอายุหรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5</p> <p>5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)</p>	<p>อำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค (เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)</p>				
<p>■ RDU ชั้นที่ 3 หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้</p>						
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="453 1088 995 1146">RDU Hospital (R1)</th> <th data-bbox="995 1088 1473 1146">RDU PCU (R2)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="453 1146 995 1482"> <p>1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 40 %, APL ≤ 10 %)</p> </td> <td data-bbox="995 1146 1473 1482"> <p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p> </td> </tr> </tbody> </table>			RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)	<p>1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 40 %, APL ≤ 10 %)</p>	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>
RDU Hospital (R1)	RDU PCU (R2)					
<p>1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด (หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 40 %, APL ≤ 10 %)</p>	<p>จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</p>					
<p>1.2. การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)</p> <p>เกณฑ์ผ่านตัวชี้วัด: ร้อยละของอำเภอที่มีการระบบการดำเนินงาน RDU community หน่วยวัด ระดับอำเภอ</p> <p>คำอธิบาย RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล หรือ ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วย การประเมิน RDU Hospital, RDUPCU และ RDU in community</p> <p>- RDU community หมายถึง การดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยดำเนินการโดยอาศัยเครือข่าย ในระดับชุมชน เกิดชุมชนต้นแบบที่มีการดำเนินงาน</p>						

	<p>ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผล อย่างน้อย 1 ชุมชนใน 1 ตำบล และมีกิจกรรมตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>ระบบการดำเนินการจัดการ RDU community ดังนี้</p> <p>๑.มีภาคีเครือข่ายชุมชนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในอย่างน้อย 1 ชุมชน/ตำบล</p> <p>๒.เครือข่ายชุมชนประกอบด้วยเครือข่ายภาคส่วนอื่นๆ มากกว่า 5 ภาคส่วนขึ้นไป เช่น อสม. อย.น้อย อปท. ผู้นำชุมชน ตำรวจ คริวเรือน ฯลฯ</p> <p>๓.ร้านค้าร้านชำ ได้รับการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายตามแบบฟอร์ม คบส. อย่างน้อยร้อยละ ๙๕</p> <p>๔.มีการประชาคมชุมชน เพื่อค้นหาปัญหาหรือความเสี่ยง ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในพื้นที่ โดยชุมชน อย่างน้อย 1 ชุมชน/อำเภอ</p> <p>๕.มีหลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรมของเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยา และผลิตภัณฑ์สุขภาพ เช่น รายงาน ภาพถ่าย วิดีโอ หรือหลักฐานการสื่อสารเพื่อส่งต่อ ข้อมูลให้พนักงานเจ้าหน้าที่</p> <p>๖.มีหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมการดำเนินการแก้ปัญหา/ความเสี่ยง ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วม</p> <p>๗.รายงานการสรุปผลการดำเนินงานในการแก้ปัญหา/ความเสี่ยง ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและการคืนข้อมูลสู่ชุมชน</p> <p style="text-align: center;">ระดับการประเมิน</p> <table border="1" data-bbox="539 1234 1455 1518"> <tr> <td>ระดับ 1</td> <td>ดำเนินการข้อ 1-3</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 2</td> <td>ดำเนินการข้อ 1-4</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 3</td> <td>ดำเนินการข้อ 1-5</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 4</td> <td>ดำเนินการข้อ 1-6</td> </tr> <tr> <td>ระดับ 5</td> <td>ดำเนินการข้อ 1-7</td> </tr> </table>	ระดับ 1	ดำเนินการข้อ 1-3	ระดับ 2	ดำเนินการข้อ 1-4	ระดับ 3	ดำเนินการข้อ 1-5	ระดับ 4	ดำเนินการข้อ 1-6	ระดับ 5	ดำเนินการข้อ 1-7
ระดับ 1	ดำเนินการข้อ 1-3										
ระดับ 2	ดำเนินการข้อ 1-4										
ระดับ 3	ดำเนินการข้อ 1-5										
ระดับ 4	ดำเนินการข้อ 1-6										
ระดับ 5	ดำเนินการข้อ 1-7										
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ										
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)										

เกณฑ์การประเมิน ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12เดือน
- RDU ชั้นที่ 2 \geq 45 % - RDU ชั้นที่ 3 \geq 15 %	- RDU ชั้นที่ 2 \geq 50 % - RDU ชั้นที่ 3 \geq 15 %	- RDU ชั้นที่ 2 \geq 55 % - RDU ชั้นที่ 3 \geq 20 %	- RDU ชั้นที่ 2 \geq 60 % - RDU ชั้นที่ 3 \geq 20 % - ร้อยละ 100 ของอำเภอ มีการดำเนินการ RDU Community อย่างน้อย อำเภอละ 1 ตำบล และ ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

ผู้รับผิดชอบ	<p>1.ภญ.จิชารัตน์ วิภูสิราทิพย์ ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน 045-712233-4 ต่อ 131 โทรศัพท์มือถือ 085-4185559 E-mail : jitthip34@gmail.com กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร</p> <p>2.ภญ.กาญจนา เสียงใส ตำแหน่งเภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน 045-712233-4 ต่อ 131 โทรศัพท์มือถือ 063-4922829 E-mail : kanjakai@hotmail.com กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร</p>
--------------	---

เกณฑ์การให้คะแนน KPI Ranking

ร้อยละการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในหน่วยบริการสุขภาพและในชุมชน

๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ผ่าน RDU ชั้น ๑	ผ่าน RDU ชั้น ๒	ผ่าน RDU ชั้น ๒ และมีการดำเนินงาน ส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผลใน ชุมชน ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 อย่างน้อย 1 ตำบล	ผ่าน RDU ชั้น ๓	ผ่าน RDU ชั้น ๓ และมีการดำเนินงาน ส่งเสริมการใช้ยา อย่างสมเหตุผลใน ชุมชน ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 อย่างน้อย 1 ตำบล

ตัวชี้วัดที่ ๕ ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่เปิดดำเนินการในพื้นที่

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) : Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)
แผนที่	๕. การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) : ลดแออัด ลดรอคอย
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการวัด	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ(Primary Care Unit: PCU and Network Primary Care Unit : NPCU) ที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU and Network Primary Care Unit : NPCU) หมายถึง จำนวนหน่วย PCU และ NPCU ที่เปิดดำเนินการให้บริการการแพทย์ปฐมภูมิในรูปแบบหน่วยบริการปฐมภูมิ/เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ คุณภาพ ๓S ตามแผนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ๑๐ ปี (๒๕๖๓-๓๕๗๒) (ที่ขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ สสป. และเปิดดำเนินการ ในปี ๒๕๖๓) ๑. ระบบคุณภาพบริการ - จำนวน/ร้อยละ หลังคาเรือนที่ได้รับการติดป้าย /สติ๊กเกอร์ ประชาสัมพันธ์ - สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการ ปฐมภูมิ PCU&NPCU) OP visit ๒. ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังคุณภาพ (เบาหวาน) - หลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการดูแลโดยแพทย์ FM/ทีมสหวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว ของPCU&NPCU - การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเบาหวาน ของแพทย์ FM/ทีมสหวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว ในPCU&NPCU - ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
เกณฑ์เป้าหมาย	PCU / NPCU ที่ขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ สสป. และเปิดดำเนินการ ในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒๕ แห่ง
วัตถุประสงค์	การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care Cluster) การให้บริการ : ลดแออัด ลดรอคอย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (๙ อำเภอ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน หน่วยบริการ PCU / NPCU		
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอำเภอ ๒๕ แห่ง		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times ๑๐๐$		
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส ๓ และ ๔		
เกณฑ์ประเมิน ปี ๒๕๖๓			
เกณฑ์การออกประเมินผลการปฏิบัติงาน (Ranking) จังหวัดยโสธร			
ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่าคะแนน
๑	๑. ระบบคุณภาพบริการ (๒๐%)		
	๑.๑ จำนวน/ร้อยละ หลังคาเรือนที่ได้รับ การติดป้ายสติ๊กเกอร์ ประชาสัมพันธ์	แบ่งหมู่บ้านพื้นที่รับผิดชอบ บอร์ดอัตรากำลังและพื้นที่รับผิดชอบ หมอ FM/อสม. หมอประจำบ้านและปิดแผ่นสติ๊กเกอร์ ประชาสัมพันธ์ - ครบทุกหลังคาเรือน - ๙๐-๙๙ % หลังคาเรือน - < ๙๐ % หลังคาเรือน = ๐ คะแนน	๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน
		- สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU&NPCU) OP visit - อัตราส่วนการให้บริการ OPD visit :HOSP visit (จาก ๔๓ แห่ง) - สัดส่วน > ๑.๗ - สัดส่วน ๑.๕๑-๑.๗๐ - สัดส่วน < ๑.๕๐	๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน
	๒. ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังคุณภาพ (เบาหวาน) ๘๐%		
	๒.๑ หลังคาเรือนที่มี ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ PCU/NPCU รับผิดชอบที่ได้รับ Family Register ได้รับการดูแลโดย แพทย์FM/ทีมสห วิชาชีพและทีมหมอ ครอบครัวของ PCU/NPCU	Family Register (ผังเครือญาติ Genogram) ในครัวเรือน อสม. และครัวเรือนที่มีผู้ป่วย DM - ๘๐ % ขึ้นไป - ๖๐-๗๙.๙๙% - ต่ำกว่า ๖๐ %	๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน
	๒.๒ การมีส่วนร่วมใน การพัฒนาเบาหวาน ของแพทย์ FM/ ทีมสหวิชาชีพ และ	๑.วิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาของเบาหวาน - มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและมีสรุปรายงานสภาพปัญหา เบาหวานของ PCU/NPCU ครบทุกมิติ - มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและมีสรุปรายงานสภาพปัญหา	๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน

ทีมหมอครอบครัว ใน PCU/NPCU	เบาหวานของ PCU/NPCU แต่ไม่ครบทุกมิติ - ไม่มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและไม่มีสรุปรายงานสภาพปัญหาเบาหวานของ PCU/NPCU	๐ คะแนน
	การดำเนินงาน/กิจกรรม ตามแผนงาน - มีการดำเนินงาน/กิจกรรม ตามแผนงานที่วางไว้ - มีการดำเนินงาน/กิจกรรม แต่ไม่เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ - ไม่มีการดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้	๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน
	๓. ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘)	๑ ร้อยละการตรวจ HbA๑c ในผู้ป่วยเบาหวาน เขตรับผิดชอบ ร้อยละ ≥ ๘๐ ร้อยละ ๗๐ - ๗๙ ร้อยละ < ๗๐ ๒. ร้อยละการควบคุมน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ≥ ๓๐ ร้อยละ ๒๕ - ๒๙ ร้อยละ < ๒๕

วิธีการประเมินผล :	๑. สุ่มตรวจสถิติเกอร์ ในหลังคาเรือในเขตรับผิดชอบ จำนวน ๑๐% ในพื้นที่รับผิดชอบ ๒. ข้อมูล สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการ ปฐมภูมิ PCU&NPCU) OP visit ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๒-มีนาคม ๒๕๖๓) เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ ๒๕๖๒ รอบ ๖ เดือน (เมษายน-กันยายน ๒๕๖๓) ๓. แผนงาน/โครงการ แก้ไขปัญหาและควบคุมโรคเบาหวาน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ๔. หลังคาเรือที่มีผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับ Family Register ๕. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ๖. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้าย หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้าย
--------------------	--

เอกสารสนับสนุน :	๑. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.๒๕๖๒ ๒. คู่มือแนวทางการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในเว็บไซต์ : สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)
------------------	---

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	อำเภอ	ค่าคะแนน	สรุป
			รอบ๑ รอบ๒	
	ระดับค่าคะแนนความสำเร็จ	๑ เมือง		

	ของอำเภอ ในดำเนินงาน หน่วยบริการปฐมภูมิและ เครือข่ายหน่วยบริการปฐม ภูมิ (Primary Care Unit: PCU and Network Primary Care Unit : NPCU) ที่มีคุณภาพ	๒	ทรายมูล			
		๓	กุดชุม			
		๔	คำเขื่อนแก้ว			
		๕	ป่าดัว			
		๖	มหาชนะชัย			
		๗	ค้อวัง			
		๘	เลิงนกทา			
		๙	ไทยเจริญ			
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงานและ ประสานงานจังหวัด	๑. นางสาวรณิ แสนสุข หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๙๖๒๔ ๑๑๔๕๑ ๒. นางอารีรัตน์ เนติวัชรเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๙๙๙ ๔๙๘๒					

ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

ตัวชี้วัด	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว												
คำนิยาม	<p>1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)</p> <p>2. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย</p> <p>1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาครัฐมีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี</p> <p>หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด 5 ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ 80 ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว</p> <p>3. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>												
เกณฑ์การประเมิน	<p>๑. ประเมินระบบพี่เลี้ยงสนับสนุนสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว (รอบที่ ๑)</p> <p>๒. ประเมินตามมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว (รอบที่ ๒)</p>												
<p>เกณฑ์เป้าหมาย:</p> <p>๑. การประเมิน ระบบทีมพี่เลี้ยงสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th> <th>๐-๑.๐๐</th> <th>๑.๑-๒.๐๐</th> <th>๒.๐๑-๓.๐๐</th> <th>๓.๐๑-๔.๐๐</th> <th>๔.๐๑-๕.๐๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนนการประเมิน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> </tbody> </table>		ค่าคะแนน	๐-๑.๐๐	๑.๑-๒.๐๐	๒.๐๑-๓.๐๐	๓.๐๑-๔.๐๐	๔.๐๑-๕.๐๐	คะแนนการประเมิน	๑	๒	๓	๔	๕
ค่าคะแนน	๐-๑.๐๐	๑.๑-๒.๐๐	๒.๐๑-๓.๐๐	๓.๐๑-๔.๐๐	๔.๐๑-๕.๐๐								
คะแนนการประเมิน	๑	๒	๓	๔	๕								
<p>๒. รพ.สต.เป้าหมาย ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ในปี ๒๕๖๓ อำเภอละ ๑ แห่ง</p>													

ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ ๘๐ เท่ากับ ๕ ดาว			
ค่าคะแนน	๑	๓	๕
คะแนนการประเมิน	ร้อยละ ๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙	ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙	ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยโสธร จำนวน 37 แห่ง สุ่มประเมินเป้าหมาย อำเภอละ ๑ รพ.สต.		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. คณะกรรมการประเมิน Ranking ประเมินระบบที่เลี้ยงสนับสนุนสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว (รอบที่ ๑) ๒. คณะกรรมการประเมิน รพ.สต.ติดดาว ระดับจังหวัด ประเมินมาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว (รอบที่ ๒)		
แหล่งข้อมูล	๑. ข้อมูลจาก คณะกรรมการประเมิน Ranking ประเมินระบบที่เลี้ยงสนับสนุนสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว รพ.สต. ๒ ข้อมูลการประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ใน ระบบข้อมูลทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ http://gishealth.moph.go.th/pcu		
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ ไตรมาส 3 รอบที่ ๒ ไตรมาส ๔		
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล การดำเนินงาน	๑.นางสุวรรณี แสนสุข ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ มือถือ ๐๘๙-๖๒๔๑๑๔๕ ๒. นายรัฐพล อินทวิชัย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ มือถือ ๐๘๑-๕๔๗๙๗๑๒		

เกณฑ์ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการ (Ranking)

มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว จ.ยโสธร ปีงบประมาณ 2563

รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

1. กระบวนการสนับสนุนพี่เลี้ยง รพ.สต.ติดดาว ประเมินรอบที่ 1 (80%)

- วิเคราะห์ส่วนขาด/วางแผนพัฒนา /ดำเนินการพัฒนา/ประเมินผลการพัฒนา ทั้งหมด ของพี่เลี้ยง รพ.สต.ติดดาว ร่วมกับ ทีม รพ.สต.

2. ผลการประเมิน รพ.สต ติดดาว ประเมินรอบที่ 2 (20%)

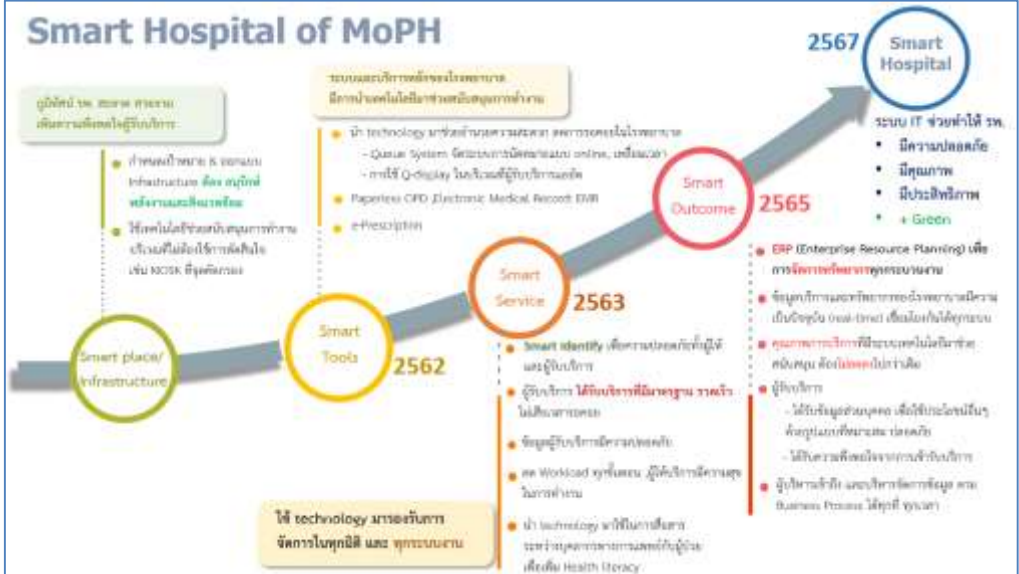
ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่า คะแนน
1	ระบบพี่เลี้ยงการสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว หมวด 1		25%
	1.1 หมวดที่ 1 วิเคราะห์ส่วนขาดตามเกณฑ์ มาตรฐาน ในหมวด 1	- มีการวิเคราะห์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์ เป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = 0.5 คะแนน - ไม่มีการวิเคราะห์ = 0 คะแนน	1
	วางแผนพัฒนาตามประเด็น ส่วนขาดร่วมกับ รพ.สต.	- มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร ครบ ทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการวางแผนตามส่วนขาด = 0 คะแนน	1
	การดำเนินการพัฒนาตาม การวางแผน	- มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = 0 คะแนน	1
	การประเมินผลการพัฒนา รพ.สต.ติดดาวตามเกณฑ์ มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	- มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = 0.5 คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = 0 คะแนน	1

ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่า คะแนน
2	1.2 ระบบพี่เลี้ยงการ สนับสนุน รพ.สต.ติดดาว หมวด 2		15%
	วิเคราะห์ส่วนขาดตามเกณฑ์ มาตรฐาน ในหมวด 2	- มีการวิเคราะห์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์ เป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = 0.5 คะแนน - ไม่มีการวิเคราะห์ = 0 คะแนน	1
	วางแผนพัฒนาตามประเด็น ส่วนขาดร่วมกับ รพ.สต.	- มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร ครบ ทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการวางแผนตามส่วนขาด = 0 คะแนน	1
	การดำเนินการพัฒนาตาม การวางแผน	- มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = 0 คะแนน	1
	การประเมินผลการพัฒนา รพ.สต.ติดดาวตามเกณฑ์ มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	- มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = 0.5 คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = 0 คะแนน	1
ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่า คะแนน
3	1.3 ระบบพี่เลี้ยงการ สนับสนุน รพ.สต.ติดดาว หมวด 3		10%
	วิเคราะห์ส่วนขาดตามเกณฑ์ มาตรฐาน ในหมวด 2	- มีการวิเคราะห์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์ เป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = 0.5 คะแนน	1

		- ไม่มีการวิเคราะห์ = 0 คะแนน	
	วางแผนพัฒนาตามประเด็น ส่วนชาคร่วมกับ รพ.สต.	- มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนชาต เป็นลายลักษณ์อักษร ครบ ทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนชาต เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการวางแผนตามส่วนชาต = 0 คะแนน	1
	การดำเนินการพัฒนาตาม การวางแผน	- มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = 0 คะแนน	1
	การประเมินผลการพัฒนา รพ.สต.ติดตามตามเกณฑ์ มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม	- มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = 0.5 คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = 0 คะแนน	1
ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่า คะแนน
4	1.4 ระบบพี่เลี้ยงการ สนับสนุน รพ.สต.ติดตาม หมวด 4		30%
	วิเคราะห์ส่วนชาตตาม เกณฑ์มาตรฐาน ในหมวด 4	- มีการวิเคราะห์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์ เป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = 0.5 คะแนน - ไม่มีการวิเคราะห์ = 0 คะแนน	1
	วางแผนพัฒนาตามประเด็น ส่วนชาคร่วมกับ รพ.สต.	- มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนชาต เป็นลายลักษณ์อักษร ครบ ทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนชาต เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการวางแผนตามส่วนชาต = 0 คะแนน	1
	การดำเนินการพัฒนาตาม การวางแผน	- มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = 0 คะแนน	1

	การประเมินผลการพัฒนา รพ.สต.ติดตามตามเกณฑ์ มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม	- มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = 0.5 คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = 0 คะแนน	1
ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่า คะแนน
5	1.5 ระบบพี่เลี้ยงการ สนับสนุน รพ.สต.ติดตาม หมวด 5		20%
	วิเคราะห์ส่วนขาดตาม เกณฑ์มาตรฐาน ในหมวด 5	- มีการวิเคราะห์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์ เป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = 0.5 คะแนน - ไม่มีการวิเคราะห์ = 0 คะแนน	1
	วางแผนพัฒนาตามประเด็น ส่วนขาดร่วมกับ รพ.สต.	- มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร ครบ ทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการวางแผนตามส่วนขาด = 0 คะแนน	1
	การดำเนินการพัฒนาตาม การวางแผน	- มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = 1 คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = 0.5 คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = 0 คะแนน	1
	การประเมินผลการพัฒนา รพ.สต.ติดตามตามเกณฑ์ มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม	- มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = 1 คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = 0.5 คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = 0 คะแนน	1

ตัวชี้วัดที่ ๗ ร้อยละของคะแนนผลการประเมิน Smart Hospital ของหน่วยบริการ

<p>ตัวชี้วัด</p>	<p>ร้อยละของคะแนนผลการประเมิน Smart Hospital ของหน่วยบริการ</p>
<p>คำนิยาม</p>	<p>Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดการบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม</p>  <p>1) Smart Place/Infrastructure</p> <p>โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ภูมิทัศน์ทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ</p> <p>2) Smart Tools</p> <p>โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยง ความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์</p> <p>3) Smart Services</p> <p>โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ</p>

การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

4) Smart Outcome

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบ ERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้าง ป้องกันปัญหาการขาดแคลนและความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลารอคอยได้อย่างเหมาะสม

5) Smart Hospital

โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม สามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้ มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (Proactive Risk Management) ที่ดีในทุกมิติ เพื่อให้การบริการมีคุณภาพดีในทุกมิติ และมีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน

เกณฑ์การประเมินผล

On Digital Process	
Smart Hospital	5.4 Safety : มี Proactive Risk Management ที่ดีในทุกมิติ 5.3 Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ 5.2 Efficiency : มีประสิทธิภาพในการจัดการ , มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้ 5.1 Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม และอนุรักษ์พลังงาน อย่างยั่งยืน
Smart Outcome	4.4 Outcome : มีระยะเวลาคอยที่เหมาะสม, มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม 4.3 Output: มีข้อมูล Unit Cost ในระดับแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 3.3 BPM : มีการใช้โมบายแอปพลิเคชัน (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ยกระดับการเชื่อมระบบสารสนเทศประชาชนและเอกสารขึ้นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ
Smart Tools	2.3 Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องวัดชีพจร (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เช้าสู่ HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ
Smart Place	1.1 ส่วนเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ ***

** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการที่มีประสิทธิภาพ

เกณฑ์เป้าหมาย :	≥ ร้อยละ ๘๐
วัตถุประสงค์	● เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัด

	<p>กระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย</p> <ul style="list-style-type: none"> ● โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ ● บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ● เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย รายงานผลการดำเนินงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด -สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการ
รายการข้อมูล ๑	A = คะแนนที่ได้จากการประเมิน
รายการข้อมูล ๒	B = คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>สำหรับ KPI Ranking ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Smart Place <ol style="list-style-type: none"> 1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look (10 คะแนน) 2) Smart Tools <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ (15 คะแนน) 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ (15 คะแนน) 2.3 Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ (10 คะแนน) 3) Smart Services <ol style="list-style-type: none"> 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ (10 คะแนน) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) (10 คะแนน)

	<p>3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) (10 คะแนน)</p> <p>3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD (10 คะแนน)</p> <p>3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม (10 คะแนน)</p>
หน่วยงานที่รับประเมิน	โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน
วิธีรายงาน/ ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผล การ ดำเนินงาน	นายอาคม มูลสาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ E-mail: akpatiu2004@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๘.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke :I60-I6๙)ที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๓.๕ ชั่วโมง

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke :I60-I6๙)ที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน ๓.๕ ชั่วโมง																																	
คำนิยาม	-ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง(Stroke :I60-I69) หมายถึง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รหัสICD10= I60-I69 -ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการนับตั้งแต่เกิดอาการหลอดเลือดสมองจนถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ																																	
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 50																																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล																																	
วิธีการจัดเก็บ	-การเก็บข้อมูลแบบ manual ของโรงพยาบาล/รพ.สต.ที่ส่งต่อ -ข้อมูลของโรงพยาบาลยโสธร ตึก Stroke																																	
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยStroke (I60-I69)ที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำภายใน 3.5 ชั่วโมง(นับตั้งแต่เกิดอาการหลอดเลือดสมองจนถึงห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ)																																	
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยStroke (I60-I69)ทั้งหมดที่ได้รับการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่สามารถให้การรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำในช่วงเวลาเดียวกัน																																	
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	$(A/B) \times 100$																																	
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>รอบที่1</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>< 10</td> <td>10 – 14.99</td> <td>15 – 19.99</td> <td>20 – 24.99</td> <td>25 – 29.99</td> <td>≥ 30</td> </tr> </tbody> </table> <p>รอบที่2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>< 20</td> <td>20 – 29.99</td> <td>30 – 39.99</td> <td>40 – 49.99</td> <td>50 – 59.99</td> <td>≥ 60</td> </tr> </tbody> </table> <p>หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน</p>						ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5	คะแนน	< 10	10 – 14.99	15 – 19.99	20 – 24.99	25 – 29.99	≥ 30	ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5	คะแนน	< 20	20 – 29.99	30 – 39.99	40 – 49.99	50 – 59.99	≥ 60
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5																												
คะแนน	< 10	10 – 14.99	15 – 19.99	20 – 24.99	25 – 29.99	≥ 30																												
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5																												
คะแนน	< 20	20 – 29.99	30 – 39.99	40 – 49.99	50 – 59.99	≥ 60																												
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.																																	
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน																																	
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด																																		

ชื่อ-สกุล : นางเกสินี มีชัย	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : 089 - 7224543 line : kesini
โทร : -	โทรสาร : 045 - 711324 e-mail : 346michai@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๘.๒ ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (STEMI : I20-I25) ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (Door To Needle Time)

ตัวชี้วัด	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (STEMI : I20-I25) ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (Door To Needle Time)					
คำนิยาม	-ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (STEMI : I20-I25) หมายถึง ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST Elevated Myocardial Infarction) -การให้การรักษาได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง การรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดผู้ป่วยSTEMIภายใน 30 นาที นับจากเวลาเมื่อมาถึงโรงพยาบาล					
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 50					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน ชนิด STEMI (STEMI : I20-I25) ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาล					
วิธีการจัดเก็บ	-ข้อมูล Thai ACS Registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาที นับจากเวลาเมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด ที่ไม่มีข้อห้ามในการให้ยาละลายลิ่มเลือดและไม่ได้รับการส่งต่อไปทำPCI					
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน						
รอบที่1						
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5
คะแนน	< 10	10 – 14.99	15 – 19.99	20 – 24.99	25 – 29.99	≥ 30
รอบที่2						
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5
คะแนน	< 20	20 – 29.99	30 – 39.99	40 – 49.99	50 – 59.99	≥ 60
หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน						
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.					
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน					
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด						

ชื่อ-สกุล : นางเกสินี มีชัย	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : 089 – 7224543 line : kesini
โทร : -	โทรสาร : 045 - 711324 e-mail : 346michai@gmail.com

ตัวชี้วัดที่ ๙.๑ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๐

ตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๐
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน ๕ ดัชนี ได้แก่ ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) . ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) ดัชนีความปลอดภัยจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน (Corruption-Free Index) ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity)</p> <p>กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ ๓ ป. ๑ ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (๑) ปลุก/ปลุกจิตสำนึก (๒) ป้องกัน (๓) ปราบปราม และ (๔) เครือข่าย มุ่งเน้นการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่ การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ตลอดจนประเมิน “ระบบงาน” ที่มีคุณลักษณะที่ดีตามหลักธรรมาภิบาล รวมไปถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหลัก คือการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. สสอ. และ รพช. รวม ๑๙ หน่วยงาน</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓</p> <p>๒. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มีประสิทธิภาพประสิทธิผล ตามหลักธรรมาภิบาล</p> <p>๓. เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนาตนเองด้านคุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงานของหน่วยงาน</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๐

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวม ๑๘ หน่วยงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการประเมินเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ จากระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
เกณฑ์การให้ คะแนน	น้ำหนักคะแนน คะแนน (ตามรายละเอียดที่แนบ)
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	จากผลการประเมินจากระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
เอกสารสนับสนุน	๑. คู่มือแนวทางการตอบแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓ ๒. คู่มือผู้ตรวจประเมิน EBIT ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ ๓. คู่มือการใช้งานระบบ MOPH Integrity and Transparency Assessment System (MITAS)
หน่วยงานที่รับการ ประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ รวม ๑๘ หน่วยงาน
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายอุดมศักดิ์ แก้วจันทร์วงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘ ๙๙๑๗ ๔๗๒๐ นางกมลเนตร ลูกคำ เจ้าหน้าที่งานธุรการชำนาญงาน โทรศัพท์ ๐๙ ๓๔๔๑ ๑๒๕๙

ตัวชี้วัดที่ ๙.๒ จำนวนองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน

ชื่อตัวชี้วัด	จำนวนองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน					
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ทุกระดับ (รพ. และ สสอ.+รพ.สต.) มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข</p> <p>เกณฑ์การประเมินมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข มีทั้งหมด ๕ หมวด ได้แก่</p> <p>หมวดที่ ๑ การนำองค์กรแห่งความสุข</p> <p>หมวดที่ ๒ กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข</p> <p>หมวดที่ ๓ การจัดการความรู้ในองค์กร</p> <p>หมวดที่ ๔ การมุ่งเน้นบุคลากร</p> <p>หมวดที่ ๕ ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งความสุข</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงาน (รพ. และ สสอ.+รพ.สต.) มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน						
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร(HPI) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. หน่วยงาน (รพ. และ สสอ.+รพ.สต.) จัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ให้กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร</p> <p>๒. ตรวจสอบผลการดำเนินงานตามคุณภาพมาตรฐานที่ได้กำหนดไว้</p>					
แหล่งข้อมูล	เอกสารผลการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ. และ สสอ.+รพ.สต. ในอำเภอ ที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพ มาตรฐานองค์กรแห่งความสุข					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน รพ. และ สสอ.+รพ.สต. ทั้งหมดในอำเภอ (๒ หน่วยงานหลัก)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	๑๑ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๒ – สิงหาคม ๒๕๖๓)					
เกณฑ์การประเมิน						
	ค่าคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละ	๐.๐๐-๒๔.๙๙	๒๕.๐๐-๔๙.๙๙	๕๐.๐๐-๗๔.๙๙	๗๕.๐๐-๙๙.๙๙	๑๐๐.๐๐
วิธีการประเมินผล :	เอกสารผลการพิจารณาผลการคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน จากเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ (รพ. และ สสอ.+รพ.สต.)					
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	๑. นางรักชนก น้อยอาษา		รักษาการในตำแหน่งนักทรัพยากรบุคคล ชำนาญการพิเศษ			

ตัวชี้วัดที่ ๙.๓ ร้อยละของหน่วยงานมีผลงานวิจัย, R๒R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ และนำเสนอ
ผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยงานมีผลงานวิจัย, R๒R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ และนำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ
คำนิยาม	หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป ๑ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๘ แห่ง สสอ. ๙ แห่ง และ รพ.สต. ๑๑๒ แห่ง รวม ๑๓๐ แห่ง ผลงานวิจัย, R๒R หมายถึง งานวิจัยหรือ R๒R ซึ่งมุ่งเน้นที่จะนำการวิจัยไปพัฒนา งานประจำของตนให้ดีขึ้น โดยไม่เน้นความเป็นเลิศทางวิชาการ
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงานมีผลงานวิจัย, R๒R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ นำเสนอผลงาน ระดับจังหวัด เขต ประเทศ	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลความรู้จากกระบวนการวิจัย การพัฒนางาน R๒R และสามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ในทางปฏิบัติที่มี ประสิทธิภาพและประสิทธิผลสำหรับงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. หน่วยงาน (รพ./สสอ./รพ.สต.) จัดส่งผลงานทางวิจัย , R๒R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ และนำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ ให้กลุ่มงานบริหาร ทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ๒. ตรวจสอบผลงานทางวิจัย , R๒R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ และนำเสนอผลงาน ระดับจังหวัด เขต ประเทศ
แหล่งข้อมูล	ผลงานทางวิจัย , R๒R ด้านสุขภาพที่มีการเผยแพร่ และนำเสนอผลงานระดับจังหวัด เขต ประเทศ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ. + สสอ. + รพ.สต. ในอำเภอ ที่มีการเผยแพร่ และนำเสนอผลงาน ระดับจังหวัด เขต ประเทศ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน รพ. + สสอ. + รพ.สต. ทั้งหมดในอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	๑๑ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๒ – สิงหาคม ๒๕๖๓)

ตัวชี้วัดที่ ๑๐ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปีมี พัฒนาการเด็กสมวัยสมวัย

ตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปีมี พัฒนาการเด็กสมวัยสมวัย
คำนิยาม	<p>เด็ก ๐-๕ ปี หมายถึงเด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p>การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ และ ๔๒-๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type ๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริงและ Type ๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึงเด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรก ผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262: เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน(1B261)แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒</p> <p>พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผล การตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้าน ภายใน ๓๐ วัน(1B260)</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
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กอยู่จริง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สังเกต สอบถาม การดำเนินงานการรายงานผลการดำเนินงาน ทะเบียนข้อมูล

	๒.ผลการดำเนินงานที่บันทึกในโปรแกรม HDCของแต่ละอำเภอ
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>การประเมินกระบวนการ ร้อยละ ๗๐</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัย ระดับอำเภอ ๒. การประชุมการขับเคลื่อนและบันทึกรายงานการประชุม ระดับอำเภอ ๓. การวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็ก ในระดับอำเภอและระดับตำบล ๔. แผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน การขับเคลื่อน/การดำเนินงานตามโครงการและการประเมินผล ระดับอำเภอและระดับตำบล ๕. การจัดคลินิก WCC และคลินิกประเมิน/กระตุ้นพัฒนาการ ชุมอุปกรณ์และคู่มือในการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ๖. การให้ความรู้ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการ โรงเรียนพ่อแม่ สามารถเฝ้าระวังพัฒนาการ การเจริญเติบโตและการเจ็บป่วยของลูก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือดูแลสุขภาพของลูกและบันทึกข้อมูลสุขภาพลูก ๗. การส่งต่อข้อมูลเชื่อมกันระหว่างเครือข่าย ๘. ทะเบียนข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ ทะเบียนเด็กพัฒนาการล่าช้าและเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA๔1 จากโรงพยาบาลชุมชน ๙. ทะเบียนรายงานการเยี่ยมบ้าน เด็กพัฒนาการล่าช้าในพื้นที่ <p>การประเมินผลลัพธ์ ร้อยละ ๓๐</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่มเป้าหมาย ๒. การคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า ๓. เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าและเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ครบ ๓๐ วัน
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สังเกต สอบถาม ๒. ดูระบบการบันทึกข้อมูลใน HDC การสุ่ม
เอกสารสนับสนุน	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๒. คู่มือ DSPM ๓. คู่มือสุขภาพเด็กดี ๔. คู่มือประกอบการฝึกเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาเด็กอายุ ๒ – ๑๕ ปี ๕. ๖. หนังสือนิทาน
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง

ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสุภาพร แก้วใส หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๔๑๘๘๘๘ นางสิรินทร์ฉัตร มีแวง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๙๔๖๕๖๖
---	---

ตัวชี้วัดที่ ๑๑.๑ : ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

ตัวชี้วัดที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
คำนิยาม	<p>ร้อยละของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการสุขภาพจิต คำนิยาม การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชน(อายุระหว่าง 6-15)ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้น ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ สุขภาพจิตเวชสำหรับ รพศ./รพท./รพช./รพสต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทาง มาตรฐานอย่างเหมาะสม จากหน่วยบริการ ทุกสถานบริการของประเทศไทย</p> <p>ผู้ป่วยสมาธิสั้น หมายถึง ประชาชนอายุระหว่าง 6-15 ที่เจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น ที่มีอาการสอดคล้อง กับ Attention-deficit hyperactivity disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรค ระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F90.0-90.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) มีอายุระหว่าง 6-15 ปีที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 จนถึงใน ปีงบประมาณ 2561 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ เกณฑ์เป้าหมาย</p>
เกณฑ์เป้าหมาย :ปีงบประมาณ 2563 ร้อยละ 30	
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลตามแนวทางการพัฒนา คุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตเวชสำหรับรพศ./รพท./รพช./รพสต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนอายุระหว่าง 6-15 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคสมาธิสั้น ที่มีอาการสอดคล้องกับ Attention-deficit hyperactivity disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การ อนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F90.0-90.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกัน กับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) มีอายุระหว่าง 6-15 ปี ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 จนถึงในปีงบประมาณ 2561 ทั้งรายเก่า และรายใหม่</p>

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ข้อมูลจากการรายงานข้อมูลของสถานพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดยโสธร และ data center กรมสุขภาพจิต และ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต และหน่วยงานหน่วยบริการ ที่จัดส่ง ทำการรวมผลการดำเนินงานสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 จนถึงในปีงบประมาณ 2561 ทั้งรายเก่าและรายใหม่เป็นรายอำเภอ</p> <p>คำอธิบายสูตร:</p> <p><input type="checkbox"/> ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (F90.0-90.9) อายุระหว่าง 6 – 15 ปี ที่มา รับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 จนถึงในปีงบประมาณ 2561 ทั้งรายเก่าและ รายใหม่ ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพท./รพช./รพ.สต.</p> <p><input type="checkbox"/> ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6-15 ปีที่คำนวณจากความชุกจากการสำรวจ ระบาดวิทยาของโรคสมาธิสั้น ปี 2558 โดยกรมสุขภาพจิต กับฐานประชากรประจำปี 2560 ที่มีอายุ 6-15 ปีของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย</p>																																				
แหล่งข้อมูล	รพท./รพช./รพ.สต.																																				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6-15 ปีที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 สะสมมาจนถึง ปีงบประมาณ 2561ในพื้นที่รับผิดชอบ																																				
	B = จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นอายุระหว่าง 6-15 ปี คาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจในพื้นที่รับผิดชอบ																																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																				
ระยะเวลาประเมินผล	Ranking ปี 63																																				
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="6">เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563 รอบ 1</td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ผลงาน</td> <td>≤3%</td> <td>4-5%</td> <td>6-7%</td> <td>8-9%</td> <td>≥10%</td> </tr> <tr> <td colspan="6">เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563 รอบ 2</td> </tr> <tr> <td>ระดับคะแนน</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>ผลงาน</td> <td>≤14%</td> <td>15-19%</td> <td>20-24%</td> <td>25-29%</td> <td>≥30%</td> </tr> </table>		เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563 รอบ 1						ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	ผลงาน	≤3%	4-5%	6-7%	8-9%	≥10%	เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563 รอบ 2						ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	ผลงาน	≤14%	15-19%	20-24%	25-29%	≥30%
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563 รอบ 1																																					
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5																																
ผลงาน	≤3%	4-5%	6-7%	8-9%	≥10%																																
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2563 รอบ 2																																					
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5																																
ผลงาน	≤14%	15-19%	20-24%	25-29%	≥30%																																
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกอำเภอ และหน่วยงานหน่วยบริการที่จัดส่ง รวมผลการดำเนินงานสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 จนถึงในปีงบประมาณ 2561 ทั้งรายเก่าและรายใหม่เป็นรายอำเภอ																																				

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2560	2561	2562	
		ร้อยละ	2.28	8.92	20.12	

๑๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิต

หมวด 1	Promotion & protection Excellence (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	พัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	โครงการจัดบริการคัดกรองและช่วยเหลือสุขภาพจิตในกลุ่มเด็ก 6.15 ปี
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ผู้ป่วยออทิสติกเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยออทิสติก หมายถึง เด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก (Autistic spectrum disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD – 10 : International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F 84.0-84.9 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ที่มารับบริการสะสมตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555 จนถึงปีงบประมาณ 2562</p> <p>เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ตามเป้าหมาย หมายถึง การที่เด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคออทิสติก ได้รับการบริการตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย โดยกำหนดค่าเป้าหมายการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยออทิสติก (ASD) ระดับจังหวัด ร้อยละ 45</p> <p>TDAS (Thai Diagnostic Autism Scale) หมายถึง เครื่องมือวินิจฉัยภาวะออทิสซึมในระยะเริ่มแรกสำหรับเด็กไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จะให้ผลการประเมินเป็นการวินิจฉัยอย่างมีหลักฐานให้กับแพทย์ โดยเครื่องมือนี้สามารถใช้ได้ในสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น กุมารแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และ นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย</p>
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> 1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากระบบฐานข้อมูลเครื่องมือ TDAS, Data Center กรมสุขภาพจิตและ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมโดย PM
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคออทิสติกที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุขโดยแยกตาม

	รายอำเภอจากระบบฐานข้อมูลเครื่องมือ																																								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยออทิสติกอายุ 2-5 ปีในพื้นที่รับผิดชอบ																																								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรประจำปี 2560 อายุ 2-5 ปีในพื้นที่รับผิดชอบ																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	เป้าหมาย 1 : $(A/B) \times 100,000$																																								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4																																								
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2563	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="6">รอบ 1</th> </tr> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลงาน</td> <td>≤9%</td> <td>10-14%</td> <td>15-19%</td> <td>20-24%</td> <td>≥25%</td> </tr> <tr> <th colspan="6">รอบ 2</th> </tr> <tr> <th>ระดับคะแนน</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> <tr> <td>ผลงาน</td> <td>≤29%</td> <td>30-34%</td> <td>35-39%</td> <td>40-44%</td> <td>≥45%</td> </tr> </tbody> </table>					รอบ 1						ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	ผลงาน	≤9%	10-14%	15-19%	20-24%	≥25%	รอบ 2						ระดับคะแนน	1	2	3	4	5	ผลงาน	≤29%	30-34%	35-39%	40-44%	≥45%
รอบ 1																																									
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5																																				
ผลงาน	≤9%	10-14%	15-19%	20-24%	≥25%																																				
รอบ 2																																									
ระดับคะแนน	1	2	3	4	5																																				
ผลงาน	≤29%	30-34%	35-39%	40-44%	≥45%																																				
วิธีการประเมินผล :	ผลงาน “ร้อยละของจังหวัดที่ผู้ป่วยออทิสติก (ASD) เข้าถึงบริการสุขภาพจิตได้ตามเป้าหมาย” โดยจะประมวลผลข้อมูลผู้ป่วยโรคออทิสติกที่เข้ารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายอำเภอ จากระบบฐานข้อมูลเครื่องมือ TDAS , Data Center กรมสุขภาพจิต และ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข																																								
เอกสารสนับสนุน :	1.ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวมโดยกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุขศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์สารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต																																								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																						
			2560	2561	2562																																				
	ร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่ได้มาตรฐาน (ASD)	ร้อยละ	18.31	31.43	44.12																																				

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๑ ร้อยละของประชากรไทยอายุ ๕๐-๗๐ ปี สิทธิ UC ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยชุด FIT Test

ตัวชี้วัด	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 50-70 ปี สิทธิ UC ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยชุด FIT Test																												
คำนิยาม	1.ประชากรไทยอายุ 50-70 ปี สิทธิ UC หมายถึง ประชากรไทยอายุ 50-70 ปี ซึ่งนับตาม พ.ศ.เกิด (เกิดในช่วง พ.ศ.2493-2513)ในเขตรับผิดชอบและสิทธิ UC 2.ประชากรตามข้อ 1 ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยชุด FIT Test (กลุ่มที่ไม่เคยได้รับการคัดกรองด้วยชุด FIT Test ในปี 2561-2562) 3.การคัดกรองด้วยชุด FIT Test ได้รับการคัดกรองและบันทึกข้อมูลลงในแฟ้ม SPECIALPP ที่รหัส 1B0060(ปกติ) และ 1B0061(ผิดปกติ) และเชื่อมโยงไปหาแฟ้มประชากร(PERSON)และแฟ้มSERVICE ได้ รหัสสิทธิต้องเป็นสิทธิ UCเท่านั้น																												
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 100 (เป้าหมายตามจำนวนที่กำหนดโดย SERVICE PLAN สาขามะเร็งปิ้งบประมาณ 2563 ตามเอกสารแนบ)																												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยอายุ 50-70 ปี (นับตาม พ.ศ.เกิด) สิทธิ UC																												
วิธีการจัดเก็บ	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU																												
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม ระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร																												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชากรไทยอายุ 50-70 ปี สิทธิ UC ที่ลงทะเบียน ที่ได้รับการคัดกรองด้วยชุด FIT Test ในปีงบประมาณ 2563																												
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรไทยอายุ 50-70 ปี สิทธิ UC ที่ลงทะเบียน จำนวนกลุ่มเป้าหมายตามที่จังหวัดยโสธรกำหนดปีงบประมาณ 2563 (ตามเอกสารแนบ)																												
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	$(A/B) \times 100$																												
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>รอบที่1</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>มีแผนงาน</td> <td>ดำเนินการจัดซื้อชุดFit test</td> <td>สนับสนุนFit tes แก่ รพ สต.</td> <td>1 – 14.99</td> <td>15 – 29.99</td> <td>≥ 30</td> </tr> </tbody> </table> <p>รอบที่2</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>< 60</td> <td>60 – 69.99</td> <td>70 – 79.99</td> <td>80 – 89.99</td> <td>90 – 99.99</td> <td>≥ 100</td> </tr> </tbody> </table>	ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5	คะแนน	มีแผนงาน	ดำเนินการจัดซื้อชุดFit test	สนับสนุนFit tes แก่ รพ สต.	1 – 14.99	15 – 29.99	≥ 30	ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5	คะแนน	< 60	60 – 69.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	≥ 100
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5																							
คะแนน	มีแผนงาน	ดำเนินการจัดซื้อชุดFit test	สนับสนุนFit tes แก่ รพ สต.	1 – 14.99	15 – 29.99	≥ 30																							
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5																							
คะแนน	< 60	60 – 69.99	70 – 79.99	80 – 89.99	90 – 99.99	≥ 100																							
หมายเหตุ	รายละเอียดตามแบบประเมิน																												
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.																												
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน																												

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
ชื่อ-สกุล : นางเกสินี มีชัย	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : 089 - 7224543 line : kesini
โทร : -	โทรสาร : 045 - 711324 e-mail : 346michai@gmail.com

**เป้าหมายการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง
ประชากรสิทธิ UC อายุ ๕๐-๗๐ ปี ด้วยชุด FIT Test จังหวัดยโสธร แยกรายอำเภอ
กำหนดเป้าหมายโดย SERVICE PLAN สาขามะเร็ง ปีงบประมาณ ๒๕๖๓**

อำเภอ	พชก.สิทธิ UCอายุ๕๐-๗๐ ปี	เป้าหมาย FIT Test
เมือง	๒๗,๔๒๘	๒,๔๒๗
ทรายมูล	๗,๐๓๓	๖๒๒
กุดชุม	๑๔,๖๖๗	๑,๒๙๘
คำเขื่อนแก้ว	๑๔,๘๓๓	๑,๓๑๓
ป่าดิว	๘,๓๖๗	๗๔๐
มหาชนะชัย	๑๒,๔๐๒	๑,๐๙๘
ค้อวัง	๕,๔๒๒	๔๘๐
เลิงนกทา	๒๑,๓๘๔	๑,๘๙๓
ไทยเจริญ	๖,๗๑๕	๕๙๔
รวม	๑๑๘,๒๕๑	๑๐,๔๖๕

ที่มา : กลุ่มงานหลักประกันสุขภาพ สสจ.ยโสธร

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๒ ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี
อายุ ๓๐-๖๐ ปี ภายใน ๕ ปี

ตัวชี้วัด	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี อายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี																			
คำนิยาม	-สตรีไทยอายุ 30-60 ปี หมายถึง สตรีไทยอายุ 50-60 ปี (ที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2503-2533) ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3) -การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจมะเร็งปากมดลูกทั้งโดยวิธี Pap Smear /IA และ HPV DNA(ตามนโยบายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดปีงบประมาณ 2563)																			
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีไทยอายุ 30-60 ปี ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3)																			
วิธีการจัดเก็บ	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU																			
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม ระบบ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร																			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกใน ปีงบประมาณ 2563																			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ ในปีงบประมาณ 2563																			
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	$(A/B) \times 100$																			
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>< 10</td> <td>10 – 19.99</td> <td>15 – 19.99</td> <td>30 – 34.99</td> <td>35 – 39.99</td> <td>≥ 40</td> </tr> </tbody> </table>						ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5	คะแนน	< 10	10 – 19.99	15 – 19.99	30 – 34.99	35 – 39.99	≥ 40
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5														
คะแนน	< 10	10 – 19.99	15 – 19.99	30 – 34.99	35 – 39.99	≥ 40														
หมายเหตุ	รายละเอียดตามแบบประเมิน																			
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.																			
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน																			
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด																				
ชื่อ-สกุล : นางเกสินี มีชัย	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ																			
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : 089 – 7224543 line : kesini																			
โทร : -	โทรสาร : 045 - 711324 e-mail : 346michai@gmail.com																			

ตัวชี้วัดที่ ๑๒.๓ ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากเต้านมในสตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี

ตัวชี้วัด	ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากเต้านมในสตรี อายุ 30-70 ปี					
คำนิยาม	สตรีไทยอายุ 30-70 ปี หมายถึง สตรีไทยอายุ 50-70 ปี (ที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2502-2533) ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากเต้านม หมายถึง -การตรวจเต้านมในสตรีกลุ่มเป้าหมาย (ด้วยตนเอง /โดย อสม./ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/โดยแพทย์) ปีงบประมาณ 2563 และ -สตรีไทยอายุ 30-70 ปี ที่ได้รับการการตรวจเต้านมพบผิดปกติได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษา					
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีไทยอายุ 30-70 ปี ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3)					
วิธีการจัดเก็บ	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU					
แหล่งข้อมูล	43 แฟ้ม ระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสตรีอายุ 30-70 ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม ในปีงบประมาณ 2563					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีอายุ 30-70 ปี ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ ในปีงบประมาณ 2563					
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน						
รอบที่ 1						
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5
คะแนน	< 20	20 – 24.99	25 – 29.99	30 – 34.99	35 – 39.99	≥ 40
รอบที่ 2						
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5
คะแนน	< 40	40 – 49.99	50 – 59.99	60 – 69.99	70 – 79.99	≥ 80
หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน						
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.					
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน					
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด						
ชื่อ-สกุล : นางเกสินี มีชัย	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : 089 – 7224543 line : kesini					
โทร : -	โทรสาร : 045 - 711324 e-mail : 346michai@gmail.com					

ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40														
คำนิยาม	-ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 7 หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ 8 *หมายเหตุ : รหัส ICD10 ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่ 1. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I20-I25 2. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I50 3. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I60-I69 4. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 N18.4-N18.5 5. รหัสโรคเบาหวาน E10-E14 (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G40-G41														
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 40														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area 1,3) : ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD 10 = E10-E14														
วิธีการจัดเก็บ	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU														
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม ระบบ HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร														
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้														
เกณฑ์การให้คะแนน 1. ร้อยละการตรวจ HbA1C ในผู้ป่วยเบาหวาน เขตรับผิดชอบ <table border="1" data-bbox="351 1355 1359 1460"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>< 40</td> <td>40 - 49</td> <td>50 - 59</td> <td>60 - 69</td> <td>70 - 79</td> <td>≥ 80</td> </tr> </tbody> </table>		ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5	คะแนน	< 40	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	≥ 80
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5									
คะแนน	< 40	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	≥ 80									
2. ร้อยละการควบคุมน้ำตาลได้ดี <table border="1" data-bbox="351 1512 1359 1624"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>< 10</td> <td>10 - 14</td> <td>15 - 19</td> <td>20 - 24</td> <td>25 - 29</td> <td>≥ 30</td> </tr> </tbody> </table>		ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5	คะแนน	< 10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	≥ 30
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5									
คะแนน	< 10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	≥ 30									
หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน															
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.														
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน														
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด															
ชื่อ-สกุล : นางสาว มุลสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ														
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : 088 - 5845828														

ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๕ mL/min/๑.๗๓m²/yr

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <5 mL/min/1.73m ² /yr มากกว่าร้อยละ 66
คำนิยาม	<ul style="list-style-type: none"> • CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 • eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการ คำนวณ จากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) • การคัดกรอง CKD คือจำนวนผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ได้รับการตรวจคัดกรอง CKD ในเขตรับผิดชอบ โดยผู้ป่วยHT ต้องได้รับการตรวจ Serum Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และผู้ป่วยDM ต้องได้รับการตรวจทั้ง Urine Protien และ Serum Creatinine อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ในปีงบประมาณเดียวกัน โดยไม่ระบุเวลาระหว่างการตรวจปัสสาวะและเลือด • การวินิจฉัย CKD รายใหม่ คือผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการวินิจฉัยโรคไตเรื้อรังครั้งแรก ที่มีค่า eGFR < 60 mL/min/1.73m² เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ 66
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132','E142', 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139','I151', 'N021','N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032','N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043','N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054','N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065','N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076','N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087','N088', 'N089', 'N110','N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132','N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142','N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219','N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288','N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มี 60 > eGFR ≥ 15

วิธีการจัดเก็บ	บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU					
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม ระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร					
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้					
เกณฑ์การให้คะแนน						
1. ร้อยละของผู้ป่วยDM และ/หรือ HT ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ได้รับการตรวจคัดกรอง CKD						
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5
คะแนน	< 40	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	≥ 80
2. ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไตเรื้อรังรายใหม่ จากปีที่ผ่านมา						
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5
คะแนน	< 10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	≥ 30
3. ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง						
ค่าคะแนน	0	1	2	3	4	5
คะแนน	< 45	45 - 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65	> 66
หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน						
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ / รพ.สต.					
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกเดือน					
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด						
ชื่อ-สกุล : นางสงศรี มูลสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : 088 - 5845828					
โทร : 045 - 712233 ต่อ 134	โทรสาร : 045 - 711324 e-mail : songsri.m@gmail.com					

ตัวชี้วัดที่ ๑๕ ร้อยละการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

ตัวชี้วัด	๑.ร้อยละ ๕๐ ของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ๑ ปี (Retention Rate)					
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติดหมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. ดังนี้ - ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน ๒ -๓ - ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน ๔-๖ - ผู้ติด ยาเสพติด (Dependence) คะแนน ๖๗ ขึ้นไป					
เกณฑ์เป้าหมาย :	≥๕๐					
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ปี					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ยาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา จากสถานพยาบาล					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย ๔ ครั้งภายใน ๑ ปี หลังจำหน่าย					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดใน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT(เนื่องจาก เป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน					
เกณฑ์การให้คะแนน						
ค่าคะแนน	๐	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	<๑๐.๐๐	๑๐-๑๙.๙๙	๒๐-๒๙.๙๙	๓๐-๓๙.๙๙	๔๐-๔๙.๙๙	≥๕๐
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ/รพ.สต.					
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางพิศมัย รัตนเดช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ E-mail: pis_4444@outlook.co.th					

ร้อยละการพัฒนากระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ตัวชี้วัด	๒.ร้อยละ ๖๐ของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษา และ ติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง					
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง หมายถึงผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหรือพฤติกรรม ในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย ๑ ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ ๑. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะเสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบัน ๒. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิต ที่ผ่าน มาจนถึงปัจจุบัน ๓. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความ รุนแรงต่อผู้อื่น ๔. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิต ต่อ ร่างกาย และเกี่ยวกับเพศ)					
เกณฑ์เป้าหมาย :	≥๖๐					
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและ ติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา จากสถานพยาบาล					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแล ช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปีหลังจำหน่าย					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน การบำบัดรักษาและได้รับ การจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน					
เกณฑ์การให้คะแนน						
ค่าคะแนน	๐	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	<๒๐.๐๐	๒๐-๒๙.๙๙	๓๐-๓๙.๙๙	๔๐-๔๙.๙๙	๕๐-๕๙.๙๙	≥๖๐
หน่วยงานที่รับประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ/รพ.สต.					
วิธีการรายงาน/ ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน					
ผู้รับผิดชอบการรายงาน	นางพิศมัย รัตนเดช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					

ผล การดำเนินงาน	<p>กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและยาเสพติด</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔</p> <p>E-mail: pis_4444@outlook.co.th</p>
-----------------	---

ร้อยละการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด
กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ตัวชี้วัด	๓.ร้อยละของผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดตามเป้าหมายในระบบสมัครใจได้รับการค้นหาคัดกรอง และนำเข้าสู่การบำบัดรักษาเสพติดในสถานบริการทุกระดับ					
คำนิยาม	ผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดตามเป้าหมายในระบบสมัครใจ หมายถึงผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการค้นหาคัดกรองตามแบบคัดกรอง V๒ แล้วเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ ได้รับการบำบัดรักษาเสพติดตามเป้าหมายที่กำหนด (เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขที่จัดสรรปีงบประมาณ ๒๕๖๓)					
เกณฑ์เป้าหมาย :	≥๑๐๐					
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดตามเป้าหมายในระบบสมัครใจได้รับการค้นหาคัดกรอง และนำเข้าสู่การบำบัดรักษาเสพติดในสถานบริการทุกระดับ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดในระบบสมัครใจ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.)					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา จากสถานพยาบาล					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาทั้งหมด					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติดตามเป้าหมายรายสถานบริการภาพรวม(เป้าหมายกระทรวงสาธารณสุขที่จัดสรรปีงบประมาณ ๒๕๖๓)					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน					
เกณฑ์การให้คะแนน						
ค่าคะแนน	๐	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ	<๖๐.๐๐	๖๐-๖๙.๙๙	๗๐-๗๙.๙๙	๘๐-๘๙.๙๙	๙๐-๙๙.๙๙	≥๑๐๐
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ/รพ.สต.					
วิธีการรายงาน/ ความถี่ที่จัดเก็บ	ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน					
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล การดำเนินงาน	นางพิศมัย รัตนเดช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ E-mail: pis_4444@outlook.co.th					

หมวด				
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	๒๔. โครงการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด			
ลักษณะ				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ			
ชื่อตัวชี้วัด	๒. ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง			
คำนิยาม	<p>ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง หมายถึงผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการหรือพฤติกรรม ในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย ๑ ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้</p> <p>๑. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะเสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน</p> <p>๒. มีประวัติการก่อความรุนแรง ท าร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิต ที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน</p> <p>๓. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความ รุนแรงต่อผู้อื่น</p> <p>๔. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิต ต่อร่างกาย และเกี่ยวกับเพศ)</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕
		๖๐	๖๕	๗๐
วัตถุประสงค์				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.)			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา จากสถานพยาบาล			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปีหลังจำหน่าย			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงที่ได้รับการประเมิน การบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ methadone maintenance treatment : MMT (เนื่องจากการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี ๒๕๖๑:				

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานที่ราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอและจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๓ จังหวัดชัยภูมิ

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน											
-	-	-	-											
ปี ๒๕๖๒:														
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน											
-	-	-	-											
ปี ๒๕๖๓:														
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน											
-	๖๐	-	๖๐											
ปี ๒๕๖๔:														
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน											
	๖๕		๖๕											
ปี ๒๕๖๕:														
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน											
	๗๐		๗๐											
วิธีการประเมินผล :	<p>สถานบำบัดผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและ บันทึก รายงานในฐานะข้อมูลบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย ศูนย์ อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์การให้คะแนน</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับ ๑</th> <th>ระดับ ๒</th> <th>ระดับ ๓</th> <th>ระดับ ๔</th> <th>ระดับ ๕๔๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๕๐</td> <td>๕๕</td> <td>๖๐</td> <td>๖๕</td> <td>๗๐</td> </tr> </tbody> </table>				ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕๔๐	๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕๔๐										
๕๐	๕๕	๖๐	๖๕	๗๐										
เอกสารสนับสนุน :	ฐานข้อมูลบำบัดรักษาเสพติดของประเทศ (บสต.) และปรับปรุงนิยามจากเกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V screening test)													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.											
			๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒									
	ร้อยละ ๖๐ ของ ผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการ ประเมินบำบัดรักษาและ ติดตามดูแล ช่วยเหลือตาม ระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ (เฉลี่ย๒ปี ๕๙.๓๗)	-	๖๒.๐๑	๕๖.๖๑									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑.นพ.อังกูร ภัทรากกร ตำแหน่งนายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถานที่ทำงานสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๓๓๑๖๑๐๖</p> <p>๒.นพ.บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ ตำแหน่งผู้อำนวยการ สถานที่ทำงานสำนักบริหารระบบบริการสุขภาพจิต</p>													

	<p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๕๕๐๘๐๐๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๑๔๐๓๘๘๔</p> <p>๓.นพ.อัศวพล ศุภศาสตรา ตำแหน่งรองผู้อำนวยการ สถานที่ทำงานสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการ สุขภาพ</p> <p>๔.นพ.อภิศักดิ์วิทย์ยานุกุลลักษณ์ ตำแหน่งรองผู้อำนวยการ สถานที่ทำงานโรงพยาบาลรัฐราษฎร์เชียงใหม่ กรมการแพทย์</p> <p>โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๕๓-๒๙๘๐๘๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓-๓๗๒๗๓๒</p> <p>๕.นพ.ชลอวัฒน์ อินปา ตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ สถานที่ทำงานโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข</p>
<p>หน่วยงานประมวผล และ จัดทำข้อมูล (ระดับ ส่วนกลาง)</p>	<p>-ศูนย์อำนาจการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข -กองบริหารการสาธารณสุข -กรมการแพทย์</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล การดำเนินงาน</p>	<p>๑.นางอุบล ศรีประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงานศูนย์อำนาจการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๕๕๐๒๔๒๒ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๘๖๓</p> <p>๒.นาง อัจฉรา วิไลสกุลยง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงานกองบริหารการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๕๕๐๑๗๙๙ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐๑๗๔๐</p> <p>๓. นางระเบียบ โตแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ สถานที่ทำงานสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๒-๕๓๑๐๐๘๐ ต่อ ๓๙๘,๓๙๙</p>

ตัวชี้วัดที่ ๑๖ ร้อยละการพัฒนางานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	<p>๑. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน</p> <p>๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสุขภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> -การรักษาด้วยยาสมุนไพร -การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ -การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสุขภาพ - การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา -การหัตถ์บำบัด - การทำหัตถ์การอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ <p>ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง</p> <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	๑. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ เพิ่ม ๒. การรายงานจากจังหวัด			
แหล่งข้อมูล	๔๓ เพิ่ม (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 :							
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข						
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ ความสำเร็จ	ไม่มี ผลงาน ○ คะแนน	ระดับ ๑ ๑ คะแนน	ระดับ ๒ ๒ คะแนน	ระดับ ๓ ๓ คะแนน	ระดับ ๔ ๔ คะแนน	ระดับ ๕ ๕ คะแนน
	ผลงานร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และ ฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก						
	ระดับ โรงพยาบาล ทั่วไป	○	< ร้อย ละ ๔	ร้อยละ ๕ - ๙	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ ขึ้น ไป
	ระดับ โรงพยาบาล ชุมชน	○	< ร้อย ละ ๔	ร้อยละ ๕ - ๙	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ ขึ้น ไป
	ระดับรพ. สต.	○	< ร้อย ละ ๔	ร้อยละ ๕ - ๙	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ ขึ้น ไป
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน						
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕						

ตัวชี้วัด : ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรขมิ้นชันในโรค ท้องอืด ท้องเฟ้อ ในผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบ	ความหมาย																					
ตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรขมิ้นชันในโรค ท้องอืด ท้องเฟ้อ ในผู้ป่วยนอก																					
นิยาม	๑.โรคท้องอืด ท้องเฟ้อ หรืออาหารไม่ย่อย (Dyspepsia) หมายถึง อาการไม่สบายท้องตรงบริเวณยอดอกหรือใต้ลิ้นปี่ ที่เกิดขึ้นระหว่างหรือหลังกินอาหาร โดยมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายอย่างรวมๆกัน เช่น จุกเสียด แน่นท้อง ท้องอืด ท้องเฟ้อ มีลมในท้อง เรอบ่อย แสบท้อง เรอเปรี้ยว คลื่นไส้หรืออาเจียนเล็กน้อย อาการจะเป็นเฉพาะบริเวณระดับเหนือสะดือ จะไม่มีอาการปวดท้องใต้สะดือ และไม่มีคามผิดปกติเกี่ยวกับการขับถ่ายร่วมด้วย อาการนี้พบได้เกือบทุกคนทั้งเด็กและผู้ใหญ่ บางรายเป็นครั้งคราว บางรายอาจเป็นๆหายๆ เรื้อรัง อาจมีสาเหตุได้หลากหลาย ตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงโรคที่รุนแรง และความผิดปกติ (พยาธิสภาพ) อาจอยู่ทั้งในและนอกกระเพาะอาหารและลำไส้ ระบุโรคตาม ICD๑๐ ที่กำหนด ๒.ยาแผนไทยที่รักษาโรค ท้องอืด ท้องเฟ้อ ได้แก่ ขมิ้นชัน																					
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาโรคท้องอืด ท้องเฟ้อ																					
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคท้องอืด ท้องเฟ้อ ที่ได้รับยาสมุนไพร																					
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ ๑๓ ปีขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคท้องอืด ท้องเฟ้อ ทั้งหมด																					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐																					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔																					
รหัสโรค:ตัวตั้งและตัวหาร	R๑๔.๐ R๑๔.๑ R๑๔.๒ R๑๔.๓ K๓๐ U๖๖.๘๐																					
หน่วยวัดตัวชี้วัด	ร้อยละ																					
เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐																					
วิธีแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี																					
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ จากฐานข้อมูล Cockpit กระทรวงสาธารณสุข																					
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความสำเร็จ</th> <th>ไม่มีผลงาน</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></td> <td>๐ คะแนน</td> <td>๑ คะแนน</td> <td>๒ คะแนน</td> <td>๓ คะแนน</td> <td>๔ คะแนน</td> <td>๕ คะแนน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรขมิ้นชัน</td> <td>๐</td> <td>น้อยกว่าร้อยละ ๙</td> <td>๑๐ - ๒๙</td> <td>๓๐ - ๔๙</td> <td>๕๐ - ๗๙</td> <td>ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป</td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความสำเร็จ	ไม่มีผลงาน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕		๐ คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน	ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรขมิ้นชัน	๐	น้อยกว่าร้อยละ ๙	๑๐ - ๒๙	๓๐ - ๔๙	๕๐ - ๗๙	ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป
ระดับความสำเร็จ	ไม่มีผลงาน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕																
	๐ คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน																
ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรขมิ้นชัน	๐	น้อยกว่าร้อยละ ๙	๑๐ - ๒๙	๓๐ - ๔๙	๕๐ - ๗๙	ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป																

เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕

ตัวชี้วัด : ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในโรค common cold ในผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบ	ความหมาย														
ตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในโรคไข้หวัด common cold ในผู้ป่วยนอก														
นิยาม	1. ไข้หวัด common cold คือ โรคติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจส่วนบนที่กระทบต่อจมูกเป็นหลัก อาการของโรคมั้ทั้งไอ เจ็บคอ น้ำมูกไหล และไข้ ซึ่งมักหายไปเองในเจ็ดถึงสิบวัน ระบุโรคตาม ICD10 ที่กำหนด 2.ยาแผนไทยที่รักษาโรคไข้หวัด common cold ในผู้ป่วยนอก ได้แก่ ฟ้าทะลายโจร														
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการใช้จ่ายสมุนไพรในการรักษาโรคไข้หวัด 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 ๔๐														
วิธีแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี														
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ จากฐานข้อมูล Cockpit กระทรวงสาธารณสุข														
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความสำเร็จ</th> <th>ไม่มีผลงาน</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>๐ คะแนน</td> <td>๑ คะแนน</td> <td>๒ คะแนน</td> <td>๓ คะแนน</td> <td>๔ คะแนน</td> <td>๕ คะแนน</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	ระดับความสำเร็จ	ไม่มีผลงาน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	๐ คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน	
	ระดับความสำเร็จ	ไม่มีผลงาน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕								
๐ คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน										
ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรฟ้าทะลายโจร	๐	น้อยกว่าร้อยละ ๙	๑๐ - ๒๙	๓๐ - ๓๙	๔๐ - ๔๙	ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป									

	ทะลายโจร						
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน						
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕						

ตัวชี้วัด : ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรในโรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ติดเชื้อ ในผู้ป่วยนอก

องค์ประกอบ	ความหมาย						
ตัวชี้วัด	ร้อยละการใช้จ่ายสมุนไพรในโรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ติดเชื้อ ในผู้ป่วยนอก						
นิยาม	๑.โรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ติดเชื้อ หมายถึง ภาวะที่มีอูจจาระเหลวกว่าปกติ ตั้งแต่ ๓ ครั้งต่อวัน หรือถ่ายอูจจาระเป็นน้ำ ๑ ครั้ง โดยมีอาการไม่นานกว่า ๒ สัปดาห์ อูจจาระไม่เป็นมูกหรือมีเลือดปน ท้องเสียชนิดที่ไม่มีไข้ ระบุโรคตาม ICD๑๐ ที่กำหนด ๒.ยาแผนไทยที่ใช้รักษาโรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่ติดเชื้อ ได้แก่ ยาธาตุน้ำร้อน ยาเหลืองปิดสมุทร ฟ้าทะลายโจร						
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มการใช้จ่ายสมุนไพรและลดการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะที่ไม่จำเป็น						
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ ๓ เดือนขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคอูจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับยาสมุนไพร						
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกอายุ ๓ เดือนขึ้นไป ที่ถูกวินิจฉัยเป็นโรคอูจจาระร่วงเฉียบพลันทั้งหมด						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔						
รหัสโรค:ตัวตั้งและตัวหาร	A๐๕.๙ K๕๒.๙ U๖๙.๘๐						
หน่วยวัดตัวชี้วัด	ร้อยละ						
เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐						
วิธีแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี						
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ จากฐานข้อมูล Cockpit กระทรวงสาธารณสุข						
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับความสำเร็จ	ไม่มีผลงาน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
		๐ คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
	ร้อยละการ	๐	น้อยกว่า	๑๐ - ๒	๒๐ - ๓	๓๐ - ๔	ร้อยละ

	ใช้ยา สมุนไพร ละลายใจ หรือธาตุ บรรจบ หรือเหลือง ปิดสมุทร		ร้อยละ ๙	๙	๙	๙	๕๐ ขึ้นไป
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน						
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕						

การดำเนินงานนวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ

ตัวชี้วัด : จำนวนแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

องค์ประกอบ	ความหมาย
ตัวชี้วัด	จำนวนแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
นิยาม	<p>การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) หมายถึง การเดินทางท่องเที่ยวเยี่ยมชมสถานที่ท่องเที่ยวที่สวยงามใน แหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติและวัฒนธรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อเรียนรู้วิถีชีวิตและพักผ่อนหย่อนใจ โดยแบ่งเวลาจากการท่องเที่ยว เพื่อทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและ / หรือการบำบัดรักษาฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (Health Tourism) แบ่งเป็น ๒ ประเภทหลักดังนี้</p> <p>๑. การท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion Tourism) เป็นการเดินทางไปท่องเที่ยวเยี่ยมชมสถานที่ท่องเที่ยวที่สวยงามในแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติและวัฒนธรรมเพื่อการเรียนรู้วิถีชีวิตและพักผ่อนหย่อนใจ โดยแบ่งเวลาจากการท่องเที่ยวส่วนหนึ่งมาทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในที่พักผ่อน หรือนอกที่พักผ่อนอย่างถูกวิธี ตามหลักวิชาการและมีคุณภาพมาตรฐานอย่างแท้จริง เช่น การนวด / อบ / ประคบสมุนไพร การบริการสูดคนธบำบัด (Aroma Therapy) และวาริบำบัด (Water Therapy) การอาบน้ำแร่หรือน้ำพุร้อน การฝึกกายบริหารท่าฤาษีดัดตน การฝึกปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนา การบริการอาหารและเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ</p> <p>๒. การท่องเที่ยวเชิงบำบัดรักษาสุขภาพ (Health Healing Tourism) เป็นการเดินทางไปท่องเที่ยวเยี่ยมชมสถานที่ท่องเที่ยวที่สวยงามในแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติและวัฒนธรรมเพื่อการเรียนรู้วิถีชีวิตและพักผ่อนหย่อนใจ โดยแบ่งเวลาส่วนหนึ่งจากการท่องเที่ยวไปรับบริการบำบัดรักษาสุขภาพการรักษา พยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างแท้จริงเช่นการตรวจร่างกาย การรักษาโรคต่าง ๆ เป็นต้น</p>

	<p>ตัวอย่างรูปแบบของการจัดการท่องเที่ยวเชิงส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>๑. ทัวร์แพทย์แผนไทย เยี่ยมชมวัดโพธิ์ที่มีประวัติความเป็นมาที่มีชื่อเสียงเก่าแก่ ซึ่งได้รับยกย่องว่าเป็นมหาวิทยาลัยเปิดแห่งแรกของประเทศไทย รับฟังการบรรยายสรุปและชมการสาธิตการนวดไทยแผนโบราณเพื่อการรักษาโรคและการ ส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนเรียนรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการนวดไทยแผนโบราณจากผู้ที่มีความสามารถ เปรียบเทียบวิธีการนวดแผนโบราณของประเทศไทยกับการนวดของประเทศอื่น ๆ ของโลก</p> <p>๒.ทัวร์อาหารสมุนไพร เยี่ยมชมศูนย์เกษตรสมุนไพร สวนพฤกษศาสตร์สมุนไพร และศึกษาเรียนรู้ความมหัศจรรย์แห่งภูมิปัญญาไทยที่สร้างสรรค์วงจรวัฒนธรรมทางด้านอาหารสมุนไพรไร้พิษที่มีแคลอรีต่ำและเครื่องดื่มสมุนไพรที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ การนวดแพทย์แผนไทยและอบสมุนไพรเพื่อบำบัดรักษาโรคและบำรุงรักษาสุขภาพ รวมทั้งการฝึกปฏิบัติสมาธิแนวพุทธศาสนา / ฝึกโยคะ / ฝึกกายบริหารท่าฤๅษีดัดตน และชมการสาธิตกระบวนการผลิตอาหารและเครื่องดื่มสมุนไพร</p> <p>๓. ทัวร์สมุนไพรชนบท เยี่ยมชมทัศนศึกษาการปฏิบัติงานของกลุ่ม ชมรม สมาคม และผู้สนใจสมุนไพรเพื่อการรักษาโรคและบำรุงร่างกายในชนบทต่างจังหวัดที่ยังอนุรักษ์ภูมิปัญญาท้องถิ่นและหมอฟันบ้านโดยจัดให้มีการเยี่ยมชมสวนสมุนไพร ในสถานที่จริงและรับฟังการบรรยายสรรพคุณ รวมทั้งการสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหมอฟันบ้านและชาวบ้านสมาชิกกลุ่ม ชมรมหรือสมาคมสมุนไพร</p> <p>๔. ทัวร์เกษตรธรรมชาติ เยี่ยมชมแหล่งการทำเกษตรธรรมชาติ เกษตรอินทรีย์ เกษตรทฤษฎีใหม่ตามแนวพระราชดำริและการเรียนรู้ปลูกผักพื้นบ้านปลอดสารพิษ ด้วยการฝึกฝนวิธีการปลูกผักพื้นบ้านสำหรับบริโภคได้เอง การเรียนรู้ภูมิปัญญาไทยในการทำเกษตรยั่งยืนแผนใหม่ ไร้ปุ๋ย ไร้ยาฆ่าแมลง โดยมีการทัศนศึกษาและพบปะสนทนาและพูดคุย กับนักวิชาการพื้นบ้านเกษตรกรรมไทย</p> <p>๕. ทัวร์น้ำพุร้อนและอาบน้ำแร่ เยี่ยมชมทัศนศึกษาแหล่ง น้ำพุร้อนและบ่อน้ำแร่ ที่มีอยู่ในหลายจังหวัดทั้ง ๔ ภูมิภาคของประเทศไทย และพักในโรงแรมและรีสอร์ทที่ตั้งอยู่ในหรือใกล้สถานที่ให้บริการอาบน้ำแร่ เพื่อบำบัดสุขภาพ โดยมีการท่องเที่ยวและพักผ่อนหย่อนใจไปในแหล่งท่องเที่ยวธรรมชาติที่สวยงาม ในจังหวัดอันเป็นที่ตั้งของน้ำพุร้อนและบ่อน้ำแร่นั้น</p> <p>๖. ทัวร์ฝึกสมาธิและบำเพ็ญภาวนา เยี่ยมชมวัดป่ากลางธรรมชาติอันสวยสดงดงามและสงบสุข ทำการฝึกปฏิบัติแนวสมาธิพุทธศาสนา เพื่อสร้างความสงบเยือกเย็นของจิตใจท่ามกลางสภาพธรรมชาติที่ร่มรื่นงดงาม หรือนั่งวิปัสสนาบำเพ็ญภาวนาขั้นสูงในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ใน วัดป่าธรรมชาติ โดยมีการให้คำปรึกษาแนะนำวิถีปฏิบัติสมาธิอย่างถูกต้องและเป็นประโยชน์ต่อ การคลายเครียดในชีวิตประจำวัน รวมทั้งศึกษาเรียนรู้ปรัชญาชีวิตและจิตวิญญาณตะวันออก</p>
--	---

	๗. ทัวร์แหล่งธรรมชาติ เยี่ยม ชมแหล่งธรรมชาติและเรียนรู้ความหลากหลายทางชีวภาพที่สวยสดงดงาม โดยการเดินป่าสมุนไพรรหรือขี่จักรยานเสือภูเขาชมธรรมชาติและควมหลากหลายทางชีวภาพในอุทยานแห่งชาติและป่าธรรมชาติ รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างหลากหลายในสถานที่พักผ่อนประเภทโรงแรม และ รีสอร์ทที่มีสถานบริการส่งเสริมสุขภาพแบบสปาให้เลือกใช้บริการได้ https://sites.google.com/site/456556123456asdf/kar-thxng-theiyw-cheing-sukhphaph
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อจัดทำฐานข้อมูลแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพจังหวัดยโสธร ๒. เพื่อส่งเสริม ประชาสัมพันธ์แหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ จังหวัดยโสธร ๓. เพื่อส่งเสริมให้เกิดรายได้กับแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	จำนวนแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔
รหัสโรค:ตัวตั้งและตัวหาร	-
หน่วยวัดตัวชี้วัด	จำนวนแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ
เป้าหมาย	อำเภอละ ๑ แห่ง
วิธีแปลผล	
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ
เกณฑ์การให้คะแนน	มี = ๑ คะแนน ไม่มี = ๐ คะแนน
เอกสารสนับสนุน :	-
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕

การดำเนินงานเมืองสมุนไพรรจังหวัดยโสธร

ตัวชี้วัด : ร้อยละหน่วยงานสาธารณสุขดำเนินงานเมืองสมุนไพรร

องค์ประกอบ	ความหมาย
ตัวชี้วัด	ร้อยละหน่วยงานสาธารณสุขดำเนินงานเมืองสมุนไพรร
นิยาม	หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ การดำเนินงานเมืองสมุนไพรร ประกอบด้วย ๑. หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง มีสวนสมุนไพรรเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างน้อย ๑ แห่ง/หน่วยงาน ๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปลูกสมุนไพรรประจำบ้าน อย่างน้อยจำนวน ๗ รายการ

	๓. อสม. ปลุกสมุนไพรรประจำบ้าน อย่างน้อยจำนวน ๗ รายการ ๔. ประชาชนในพื้นที่ที่ทุกครัวเรือน ปลุกสมุนไพรรประจำบ้าน อย่างน้อยจำนวน ๗ รายการ							
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้จังหวัดยโสธรเป็นเมืองสมุนไพรร							
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวตั้ง	หน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐที่ดำเนินงานเมืองสมุนไพรรในอำเภอ (A)							
ข้อมูลที่ต้องการ: ตัวหาร	หน่วยบริการสาธารณสุขภาครัฐทั้งหมดในอำเภอ(B)							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B *๑๐๐							
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔							
รหัสโรค:ตัวตั้งและตัวหาร	-							
หน่วยวัดตัวชี้วัด	ร้อยละ							
เป้าหมาย	หน่วยงานสาธารณสุขมีการดำเนินงานเมืองสมุนไพรร ร้อยละ ๑๐๐							
วิธีแปลผล	ค่ามาก = มีคุณภาพดี							
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ							
เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับความสำเร็จ	ไม่มีผลงาน ๐ คะแนน	ระดับ ๑ ๑ คะแนน	ระดับ ๒ ๒ คะแนน	ระดับ ๓ ๓ คะแนน	ระดับ ๔ ๔ คะแนน	ระดับ ๕ ๕ คะแนน	
	หน่วยงานสาธารณสุขทุกแห่ง มีสวนสมุนไพรรเป็นแหล่งเรียนรู้อย่างน้อย ๑ แห่ง/หน่วยงาน	๐	ร้อยละ ๐ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ - ๓๙	ร้อยละ ๔๐ - ๕๙	ร้อยละ ๖๐ - ๘๙	ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป	
	เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปลุกสมุนไพรรประจำบ้านอย่างน้อยจำนวน ๗	๐	ร้อยละ ๐ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ - ๓๙	ร้อยละ ๔๐ - ๕๙	ร้อยละ ๖๐ - ๘๙	ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป	

	รายการ						
	อสม. ปลุก สมุนไพร ประจำบ้าน อย่างน้อย จำนวน ๗ รายการ	๐	ร้อยละ ๐ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ - ๓๙	ร้อยละ ๔๐ - ๕๙	ร้อยละ ๖๐ - ๘๙	ร้อยละ ๙๐ ขึ้น ไป
	ประชาชน ในพื้นที่ทุก ครัวเรือน ปลุก สมุนไพร ประจำบ้าน อย่างน้อย จำนวน ๗ รายการ	๐	ร้อยละ ๐ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ - ๓๙	ร้อยละ ๔๐ - ๕๙	ร้อยละ ๖๐ - ๘๙	ร้อยละ ๙๐ ขึ้น ไป
เอกสารสนับสนุน :	-						
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕						

ตัวชี้วัดที่ ๑๗ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ความสำคัญ

- เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการให้ตรงกับความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ
- ผู้บริหารระดับสูงยังไม่มีสารสนเทศความพึงพอใจของผู้รับบริการในภาพรวมของจังหวัด เพื่อกำกับติดตามและกำหนดนโยบาย

ลำดับ	ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนน					คำอธิบาย
			๑	๒	๓	๔	๕	
๑	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ	๘๕	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	<p>ผู้รับบริการ หมายถึง ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์และบริการจากการดำเนินงานของสถานบริการในอำเภอ</p> <p>สถานบริการที่ดำเนินการสำรวจ : รพท. รพช. และ รพ.สต.</p> <p>ผลิตภัณฑ์และบริการ หมายถึง ผลิตภัณฑ์และบริการหลักของหน่วยงานที่ส่งมอบตามภารกิจหลัก (ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ)</p>
วิธีวัด/เงื่อนไขการประเมิน								
<p>กลุ่มตัวอย่าง ๓๐ % ของผู้รับบริการ</p> <p>แบบสอบถาม : ใช้แบบสอบถามกลาง (ตามไฟล์ที่แนบ)</p> <p>การรายงาน : ไตรมาส ละ ๑ ครั้ง (๓๑มีค.,๓๐ มิย.,๓๑ สค.)</p> <p>การให้คะแนน : ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของสถานบริการในอำเภอ (รพท.และรพ.สต.) ไตรมาส ๒,๓,๔</p>								
<p>สูตรการคำนวณ : คะแนนรวมความพึงพอใจที่ได้ *๑๐๐/คะแนนเต็มของแบบสอบถาม</p>								

ชุดที่ ๑

แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ

ต่อคุณภาพ/ผลผลิต/บริการที่ส่งมอบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

๑. แบบสอบถามฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้สำรวจความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อคุณภาพ ผลผลิต บริการ ที่ส่งมอบของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยงานในสังกัด) ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป, ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพ/ผลผลิต/บริการที่ส่งมอบ, ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง
2. ผู้ตอบแบบสอบถามฉบับนี้ คือ ผู้รับบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้แก่ ประชาชนที่มารับบริการจากโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยใน และผู้รับบริการใน รพ.สต. ประกอบด้วยบริการด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพและคุ้มครองผู้บริโภค
3. กรุณาทำเครื่องหมาย ในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงและตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

1. เพศ 1) ชาย 2) หญิง

2. อายุ 1) 15 – 19 ปี 2) 20 - 29 ปี 3) 30 – 39 ปี
 4) 40 – 49 ปี 5) 50 - 59 ปี 6) 60 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษาสูงสุด

- 1) ไม่ได้เรียน 2) ประถมศึกษา
- 3) มัธยมศึกษา/เทียบเท่า 4) ปวช.
- 5) ปวส./ปวท./อนุปริญญา 6) ปริญญาตรี
- 7) ปริญญาโทหรือสูงกว่า 8) อื่นๆ ระบุ.....

4. อาชีพ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1) ข้าราชการ/เจ้าหน้าที่ของรัฐ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> 2) พนักงาน/ลูกจ้างรัฐ/ลูกจ้างเอกชน |
| <input type="checkbox"/> 3) นักเรียน/นักศึกษา | <input type="checkbox"/> 4) ค้าขาย/ประกอบธุรกิจส่วนตัว |
| <input type="checkbox"/> 5) รับจ้างทั่วไป/กรรมกร | <input type="checkbox"/> 6) เกษตรกร |
| <input type="checkbox"/> 7) แม่บ้าน/พ่อบ้าน | <input type="checkbox"/> 8) ว่างาน/ไม่มีงานทำ |
| <input type="checkbox"/> 9) ข้าราชการบำนาญ | <input type="checkbox"/> 10) อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |

5. หน่วยงานที่ให้บริการ (โปรดระบุ)..... แผนก.....

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ

ท่านพึงพอใจต่อคุณภาพการให้บริการในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

ประเด็น/ด้าน		ระดับความพึงพอใจ					
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่พอใจ
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร							
1.	การพูดจาสุภาพ						
2.	ความเป็นมิตร หรือเป็นกันเอง						
3.	การเอาใจใส่ /เต็มใจให้บริการ						
4.	ความรู้ ความสามารถในการตรวจรักษาหรือให้บริการ ของแพทย์/เจ้าหน้าที่						
5.	ความถูกต้องของข้อมูลข่าวสารที่ให้						
6.	การใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย						
7.	การรับฟังความคิดเห็น						
8.	การช่วยเหลือ/ให้คำแนะนำ/ให้ข้อมูล						
ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ							
9.	กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความชัดเจน						
10.	กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความถูกต้องเหมาะสม เช่น มีการจัดคิวให้บริการตามลำดับก่อนหลัง						
11.	กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีคล่องตัวไม่ยุ่งยากซับซ้อน						
12.	การแนะนำ ชี้แจง ประชาสัมพันธ์การให้บริการ						
13.	กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความสะดวก รวดเร็ว						
14.	ระยะเวลาในการให้บริการมีความเหมาะสม						

ประเด็น/ด้าน		ระดับความพึงพอใจ					
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด	ไม่พอใจ
ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก							
15.	ความสะอาดของสถานที่						
16.	ความชัดเจนเข้าใจง่ายของป้ายบอกจุดบริการและแผนกต่างๆ						
17.	ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์						
18.	ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น เก้าอี้นั่ง ห้องน้ำ						
ด้านคุณภาพบริการของผลผลิต/บริการ							
19.	ผลผลิต/บริการที่ได้รับตรงตามความต้องการ						
20.	ผลผลิต/บริการที่ได้รับ ถูกต้อง ครบถ้วน						
21.	ผลผลิต/บริการที่ได้รับมีความสะดวก รวดเร็ว						
22.	ผลผลิต/บริการที่ได้รับมีความคุ้มค่า						
23.	ผลผลิตที่ได้รับมีคุณภาพมาตรฐาน						

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

1. จุดเด่นของผลผลิต/บริการที่พึงพอใจ คือ (กรุณาเรียงลำดับจากมากไปน้อย)

1.

2.

2. จุดด้อยของผลผลิต/บริการที่ไม่พึงพอใจ คือ (กรุณาเรียงลำดับจากมากไปน้อย)

1.

2.

3. ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร

1.

2.

ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ

1.

2.

ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

1.

2.

ด้านคุณภาพของผลผลิต/บริการ

1.

2.