

คู่มือประเมินผล



การปฏิบัติงาน

หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ

และจัดลำดับหน่วยงาน

(Ranking)

จังหวัดยโสธร

ปี 2564

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

<http://yasothon.moph.go.th/>

โทร. 045-712233-4

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(Ranking)
ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

คำนำ

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติราชการ หน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร เนื้อหาประกอบด้วยตัวชี้วัดที่ใช้ในการประเมินผลการดำเนินงานด้านสาธารณสุข แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ส่วนที่ ๑ เป็นคะแนนที่ได้จากผลการปฏิบัติงานใน HDC จำนวน ๓๒ ตัวชี้วัด (๔๐ %) และส่วนที่ ๒ เป็นคะแนนที่ได้จาก ผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ (๖๐ %) จำนวน ๑๘ ประเด็น ๒๗ ตัวชี้วัด ซึ่งรายละเอียดในเอกสาร จะแสดงให้เห็นถึงขอบเขต เนื้อหา รายละเอียด วิธีการในการจัดเก็บข้อมูลเพื่อวัดและประเมินการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ อันเป็นผลมาจากการดำเนินกิจกรรมทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่อยู่ในความรับผิดชอบของหน่วยงาน และสถานบริการสาธารณสุขในสังกัด

คณะผู้จัดทำคาดหวังว่า เอกสารฉบับนี้ จะเป็นส่วนหนึ่งของการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร ซึ่งหากเอกสารฉบับนี้ มีข้อผิดพลาดและขาดความสมบูรณ์ของเนื้อหา คณะผู้จัดทำขออภัยขอเสนอแนะเพื่อปรับปรุงให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

ธันวาคม ๒๕๖๓

สารบัญ

คำนำ	หน้า ก
สารบัญ	หน้า ข

ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)
ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียด	หน้า
	ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking) ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร	ง
	ส่วนที่ ๑ คะแนนที่ได้จาก ผลจากการปฏิบัติงานใน HDC	ง
	ส่วนที่ ๒ คะแนนที่ได้จาก ผลจากการปฏิบัติงานในพื้นที่	ฉ
	รายละเอียดตัวชี้วัดที่ได้จากผลการปฏิบัติงานในพื้นที่	
๑	อัตราการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีวิต	๑
๒	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปีมี พัฒนาการสมวัย	๖
๓	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	๑๔
๔	การส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิกูล	๒๑
๕	การส่งเสริมการจัดการเกษตรอินทรีย์	๒๓
๖	อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เสมหะบวกและลบ)	๒๕
๗	อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๒๖
๘	อัตราการทำ DOT โดย เจ้าหน้าที่ หรือ อสม.	๒๘
๙	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU)	๒๙
๑๐	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๗๕	๓๔
๑๑	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตัดดาว	๓๘
๑๒	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยาและ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา	๔๔
๑๓	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	๔๗
๑๔	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)	๔๙
๑๕	อำเภอเมืองศรีนครแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ	๕๓
๑๖	ร้อยละของคะแนนคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ	๕๕
๑๗	ร้อยละของคะแนนผลการประเมิน Smart Hospital ของหน่วยบริการ	๕๗

ตัวชี้วัดที่	รายละเอียด	หน้า
๑๘	ร้อยละ ๕๕ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	๖๒
๑๙	ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติด ตามเป้าหมายในระบบสมัครใจได้รับการค้นหา คัดกรอง แบบบูรณาการ และนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ยาเสพติดในสถานบริการทุกระดับ	๖๒
๒๐	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐	๖๕
๒๑	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/ ๑.๗๓m ^๒ /yr มากกว่าร้อยละ ๖๖	๗๐
๒๒	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบ บูรณาการ	๗๕
๒๓	ร้อยละรพ.สต.ที่มีบุคลากรแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาของกรมการ แพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทาง การแพทย์	๗๘
๒๔	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๘๑
๒๕	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒	๘๔
๒๖	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๘๗
๒๗	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	๙๐

ตัวชี้วัดเพื่อการประเมินผลการปฏิบัติราชการ และจัดลำดับหน่วยงาน (Ranking)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อจัดลำดับ (Ranking) เครือข่ายบริการ การประเมินผลการปฏิบัติราชการหน่วยงานสาธารณสุข เพื่อจัดลำดับ (Ranking) เครือข่ายบริการ ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ ๑ คะแนนจาก ผลการปฏิบัติงานใน HDC ร้อยละ ๔๐ ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนนจำนวน ๓๒ KPI รายละเอียด ดังนี้

ที่	KPI	เป้าหมาย
๑	อัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ	ไม่มี case
๒	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย *	ร้อยละ ๘๕
๓	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี สูงดีสมส่วน *	ร้อยละ ๖๒
๔	ร้อยละของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	ร้อยละ ๖๗
๕	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี	ไม่เกิน ๒๗/ ประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี พันคน
๖	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan	ร้อยละ ๘๕
๗	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ *	ร้อยละ ๕๐
๘	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care: LTC) ในชุมชนผ่านเกณฑ์*	ร้อยละ ๙๕
๙	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ผ่าน
๑๐	ร้อยละของชุมชนผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน “ชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs”	อำเภอละ ๑ หมู่บ้าน
๑๑	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคเบาหวาน	≥ร้อยละ ๖๐
๑๒	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง	≥ร้อยละ ๗๐
๑๓	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ ๘๐
๑๔	ร้อยละของประชาชนมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์	ร้อยละ ๕๐
๑๕	ร้อยละของผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ ๗๐
๑๖	ร้อยละตำบลเป้าหมายผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต	ร้อยละ ๗๐
๑๗	อัตราสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ ๘๘
๑๘	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๘๕
๑๙	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้อย่างสมเหตุผล (RDU)	ขั้น ๒ และ ๓

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

ที่	KPI	เป้าหมาย
๒๐	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ ๒๐.๕
๒๑	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	ร้อยละ ๗๑
๒๒	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ*	ไม่เกิน ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน
๒๓	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	ร้อยละ ๖๖
๒๔	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ ๕๕
๒๕	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ร้อยละ ๒๖
๒๖	รพ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ผ่าน
๒๗	สสอ.ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ผ่าน
๒๘	ร้อยละความสำเร็จของ สสอ.ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ผ่าน
๒๙	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ชั้น ๓	ชั้น ๓
๓๐	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดตามระดับ ๕ ดาว	ร้อยละ ๗๕
๓๑	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital (Smart tools & Smart service)	ผ่าน
๓๒	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ ๗)	ไม่มีระดับ ๗

ส่วนที่ ๒ คะแนนจาก ผลการปฏิบัติงานในพื้นที่ ร้อยละ ๖๐ ซึ่งมีจำนวน KPI ที่ใช้ในการให้คะแนนจำนวน ๑๘ ประเด็น ๒๗ KPI รายละเอียด ดังนี้

ประเด็น	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด
๑. สุขภาพกลุ่มวัย	๑	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
	๒	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปีมี พัฒนาการสมวัย
	๓	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
๒. อนามัยสิ่งแวดล้อม	๔	การส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิกูล
	๕	การส่งเสริมการจัดการเกษตรอินทรีย์
๓. วัณโรค	๖	อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เสมหะบวกและลบ)
	๗	อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ
	๘	อัตราการทำ DOT โดย เจ้าหน้าที่ หรือ อสม.
๔. ปฐมภูมิเข้มแข็ง	๙	หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU)
	๑๐	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ตัวชี้วัด : ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๗๕
	๑๑	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ติดดาว
๕. RDU	๑๒	ระดับความสำเร็จของการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
๖. ทันตสุขภาพ	๑๓	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐
๗. การเงินการคลัง	๑๔	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)
๘. องค์กรแห่งความสุข	๑๕	อำเภอเมืององค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ
๙. คุณภาพข้อมูล	๑๖	ร้อยละของคะแนนคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
๑๐. Smart Hospital	๑๗	ร้อยละของคะแนนผลการประเมิน Smart Hospital ของหน่วยบริการ
๑๑. ยาเสพติด	๑๘	ร้อยละ ๕๕ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)
	๑๙	ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติด ตามเป้าหมายในระบบสมัครใจ ได้รับการค้นหาคัดกรอง แบบบูรณาการ และนำเข้าสู่การบำบัดรักษา ยาเสพติดในสถานบริการทุกระดับ
๑๒. DM	๒๐	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

ประเด็น	ตัวชี้วัดที่	ตัวชี้วัด
๑๓. CKD	๒๑	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr มากกว่าร้อยละ ๖๖
๑๔. กัญชาทางการแพทย์	๒๒	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ
	๒๓	ร้อยละรพ.สต.ที่มีบุคลากรแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์
๑๕. แพทย์แผนไทย	๒๔	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
๑๖. ITA	๒๕	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒
๑๗. สุขภาพจิต	๒๖	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ
๑๘. การแพทย์ฉุกเฉิน	๒๗	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

KPI ๑ อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ

ตัวชี้วัด	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอดภายใน ๔๒ วัน ไม่ว่าจะอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์ และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ ต่อแสนการเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	๑. พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ ๒. เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์ และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ ๓. จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ
เกณฑ์เป้าหมาย	๑. อัตราส่วนการตายมารดาไทย ไม่เกิน ๑๗ ต่อแสนการเกิดมีชีพ ๒. ANC < ๑๒ สัปดาห์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ ๓. ANC < ๕ ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐ ๔. หญิงหลังคลอดได้รับการดูแล ๓ ครั้งตามเกณฑ์ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕ ๕. หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง ไม่เกิน ร้อยละ ๑๘ ๖. LBW ไม่เกิน ร้อยละ ๗
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	งานอนามัยแม่และเด็ก ระดับตำบลและระดับอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สังกัด จากเอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล ๒. รายงานการประชุมคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอ ๓. รายงาน ก๒ Plus และ HDC
เกณฑ์การให้คะแนน	กระบวนการ (๗๐ คะแนน) ๑. องค์ประกอบของคณะกรรมการและความต่อเนื่อง ๑๐ คะแนน ๒. การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ๒๕ คะแนน ๓. การกำกับ ติดตาม และประเมินผล ๑๐ คะแนน ๔. ระบบส่งต่อ (Fast track) ๑๕ คะแนน ๕. นวัตกรรม/ผลงานเด่น ด้านการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก ๑๐ คะแนน ผลลัพธ์ (๓๐ คะแนน)
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	สังกัด จากเอกสาร แผนงาน/โครงการ การรายงาน/ปฏิบัติงาน และสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ และตำบล
เอกสารสนับสนุน	สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

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

เกณฑ์การให้คะแนนงานอนามัยมารดาระดับอำเภอ จังหวัดยโสธร
ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔

หมวด	เกณฑ์พิจารณา	คะแนน	เกณฑ์ให้คะแนน
๑.	<p>องค์ประกอบของคณะกรรมการและความต่อเนื่อง</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ที่มาจากสาขาวิชาชีพ - มีนโยบายการดำเนินงาน MCH Board - มีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กต่อเนื่อง ๓ ปี อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง - มีการถ่ายทอดนโยบายถึงระดับตำบล 	๑๐	<p>ระดับ ๑ แต่งตั้งคณะกรรมการ MCH Board ระดับอำเภอที่มีองค์ประกอบเป็นสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (๒ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีการประชุมคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ ๒ ครั้ง (๔ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีการจัดทำนโยบายการปฏิบัติงาน MCH Board ระดับอำเภอ (๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีการถ่ายทอดนโยบายจากอำเภอถึงระดับตำบล (๘ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีสรุปการประชุม/ รายงานผลการดำเนิน (๑๐ คะแนน)</p>
๒.	<p>การขับเคลื่อนการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก - มีการพัฒนาองค์ความรู้วิชาการให้กับผู้ปฏิบัติงานในอำเภอ และรับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง (เวทีประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็ก อย่างน้อย ปีละ ๑ ครั้ง) - มีการประชุม conference ทุกครั้งที่มีปัญหาแม่ตาย ลูกตาย หรือปัญหาอนามัยแม่และเด็กอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของอำเภอ - มีระบบการจัดเก็บข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน ส่งทันเวลา real time และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและสถานการณ์อนามัยแม่และเด็กของอำเภอเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหา 	๓๐	<p>ระดับ ๑ มีการวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและสถานการณ์ อนามัยแม่ และเด็กของอำเภอ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก (๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ มีแผนงาน/โครงการ เพื่อการแก้ไขปัญหาอนามัยแม่และเด็ก (๑๒ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีระบบการจัดเก็บข้อมูล ถูกต้อง ครบถ้วน ส่งทันเวลา (๑๘ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีการประชุม conference ทุกครั้งที่มีปัญหาแม่ตาย ลูกตาย หรือปัญหาอนามัยแม่และเด็กอื่นๆ ที่เป็นปัญหาของอำเภอ (๒๔ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีการจัดประชุมวิชาการอนามัยแม่และเด็กอย่างน้อย</p>

			ปีละครั้ง (๓๐ คะแนน)
๓.	การกำกับ ติดตาม และประเมินผล - มีรูปแบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจน - มีการนิเทศงานแบบบูรณาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ - มีผลลัพธ์งานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านตามเกณฑ์ ***	๒๕	ระดับ ๑ มีวิธีการกำกับ ติดตาม และเกณฑ์ ประเมินผลที่ชัดเจน (๒ คะแนน) ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีแผนการกำกับ ติดตามอย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี (๒ คะแนน) ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีการนิเทศงานแบบบูรณาการร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (๒ คะแนน) ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีผลลัพธ์งานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านตามเกณฑ์ *** (๒๑ คะแนน) ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีอัตราการตายมารดาไม่เกิน ๑๗ ต่อการเกิดมีชีวิตคน (๒๕ คะแนน)
๔.	ระบบส่งต่อ (Fast track) - มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยง ให้ได้รับความช่วยเหลือภายในเวลาที่กำหนด - มีระบบเครือข่ายและการส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับความช่วยเหลือภายในเวลาที่กำหนด - มีระบบการดูแลเครือข่ายแบบพี่เลี้ยง/แม่ข่าย/ลูกข่าย	๑๕	ระดับอำเภอ ระดับ ๑ มีแนวทาง/ CPG/ Flow Chart การส่งต่อที่ชัดเจน (๓ คะแนน) ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีแนวทางการส่งต่อที่เป็นทิศทางเดียวกันทั้งอำเภอ (๖ คะแนน) ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีช่องทางการดูแลระบบพี่เลี้ยง ระบบให้การปรึกษาที่ชัดเจน (๙ คะแนน) ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีทะเบียนและการส่งต่อกรณีพบภาวะเสี่ยง ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ที่เหมาะสมตาม แนวทางฯ ร้อยละ ๘๐ (๑๒ คะแนน) ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีการส่งต่อกรณีพบภาวะเสี่ยง ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ที่เหมาะสมตาม แนวทางมากกว่าร้อยละ ๘๐ (๑๕ คะแนน)
		๑๐	ระดับตำบล ระดับ ๑ มีแนวทาง/ CPG/ Flow Chart การส่งต่อที่ชัดเจน (๒ คะแนน)

			<p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีแนวทางการส่งต่อที่เป็นทิศทางเดียวกันทั้งอำเภอ (๔ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีช่องทางการดูแล ระบบพี่เลี้ยง ระบบให้การปรึกษาที่ชัดเจน (๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีทะเบียนและการส่งต่อกรณีพบภาวะเสี่ยง ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ที่เหมาะสมตามแนวทาง ร้อยละ ๘๐ (๘ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีการส่งต่อกรณีพบภาวะเสี่ยง ทั้งหญิงตั้งครรภ์ และเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ที่เหมาะสมตามแนวทางมากกว่าร้อยละ ๘๐ (๑๐ คะแนน)</p>
๕.	นวัตกรรม / ผลงานเด่น ด้านการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก	๑๐	<p>ระดับ ๑ มีรูปแบบการแก้ไขปัญหาในที่ตรงตามสภาพปัญหาในพื้นที่ (๒ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๒ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีนวัตกรรม / ผลงานเด่น เพื่อแก้ปัญหาแม่และเด็กในพื้นที่ (๔ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๓ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีผลงานนวัตกรรมที่เป็นตัวอย่างระดับจังหวัด (๖ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๔ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีผลงานนวัตกรรมที่เป็นตัวอย่างระดับเขต (๘ คะแนน)</p> <p>ระดับ ๕ ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีผลงานแก้ไขปัญหาที่เป็นตัวอย่างระดับประเทศ (๑๐ คะแนน)</p>
รวมทั้งสิ้น		๑๐๐	

*** **หมายเหตุ** : ผลลัพธ์งานอนามัยแม่และเด็ก ผ่านตามเกณฑ์ (ตามผนวกแนบ) ได้แก่

๑. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน ๑๒ สัปดาห์
๒. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ ๕ ครั้งตามเกณฑ์
๓. ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ ๓ ครั้งตามเกณฑ์
๔. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง
๕. ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า ๒,๕๐๐ กรัม (☺✓◆ แต่ละระดับเป็นคะแนนสะสม)

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

KPI ๒ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปีมี พัฒนาการสมวัย

ตัวชี้วัด	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปีมี พัฒนาการสมวัย
คำนิยาม	<p>เด็ก ๐-๕ ปีหมายถึงเด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p>การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐ ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type ๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตัวอยู่จริงและ Type ๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึงเด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรก ผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑)รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒: เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</p> <p>พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน(๑B๒๖๑)แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒</p> <p>พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผล การตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้านในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ตามช่วงวัย</p> <p>๒.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ</p> <p>๓.ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ</p>
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 ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้จากการสำรวจ และมีเด็กอยู่จริง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑.สังเกต สอบถาม การดำเนินงานการรายงานผลการดำเนินงาน ทะเบียนข้อมูล</p> <p>๒.ผลการดำเนินงานที่บันทึกในโปรแกรม HDCของแต่ละอำเภอ</p>
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>การประเมินกระบวนการ ร้อยละ ๗๐</p> <p>๑. คณะกรรมการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัย ระดับอำเภอ</p> <p>๒. การประชุมการขับเคลื่อนและบันทึกรายงานการประชุม ระดับอำเภอ</p> <p>๓. การวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็ก ในระดับอำเภอและระดับตำบล</p>

	<p>๔. แผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน การขับเคลื่อน/การดำเนินงานตามโครงการและการประเมินผล ระดับอำเภอและระดับตำบล</p> <p>๕. การจัดคลินิก WCC และคลินิกประเมิน/กระตุ้นพัฒนาการ ชุมชนและคู่มือในการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย</p> <p>๖. การให้ความรู้ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการ การโรงเรียนพ่อแม่ สามารถเฝ้าระวังพัฒนาการ การเจริญเติบโตและการเจ็บป่วยของลูก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือดูแลสุขภาพของลูกและบันทึกข้อมูลสุขภาพลูก</p> <p>๗. การส่งต่อข้อมูลเชื่อมกันระหว่างเครือข่าย</p> <p>๘. ทะเบียนข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ ทะเบียนเด็กพัฒนาการล่าช้าและเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA๔1 จากโรงพยาบาลชุมชน</p> <p>๙. ทะเบียนรายงานการเยี่ยมบ้าน เด็กพัฒนาการล่าช้าในพื้นที่</p> <p>การประเมินผลลัพธ์ ร้อยละ ๓๐</p> <p>๑. ครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็กกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๒. การคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า</p> <p>๓. เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าและเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ครบ ๓๐ วัน</p>
ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	๑. สังเกต สอบถาม ๒. ดูระบบการบันทึกข้อมูลใน HDC การสุ่ม
เอกสารสนับสนุน	๑. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ๒. คู่มือ DSPM ๓. คู่มือสุขภาพเด็กดี ๔. คู่มือประกอบการฝึกเพื่อเพิ่มระดับสติปัญญาเด็กอายุ ๒ - ๑๕ ปี ๕. หนังสือนิทาน
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสุภาพร แก้วใส หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๔๑๘๘๘ นางสิรินทร์ฉัตร มีแวง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๙๔๖๕๖๖

แบบประเมิน ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปีมีพัฒนาการเด็กสมวัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

หน่วยงาน.....อำเภอ.....

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน

การประเมิน กระบวนการ ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	
๑	<u>ระดับอำเภอ</u> คณะกรรมการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัย ระดับอำเภอ (๕ คะแนน) ๑.๑. ไม่มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัย ๑.๒. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนงานเด็กปฐมวัย	๐ คะแนน ๕ คะแนน	
๒	การประชุมขับเคลื่อนงาน ระดับอำเภอ (๓ คะแนน) ๒.๑. ไม่มีการประชุม ๒.๒. มีการประชุม ๑ ครั้ง ๒.๓. มีการประชุมตั้งแต่ ๒ ครั้งขึ้นไป	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๓ คะแนน	
๓	บันทึกรายงานการประชุม (๒ คะแนน) ๓.๑. ไม่มีการบันทึกรายงานการประชุม ๓.๒. มีบันทึกรายงานการประชุมเป็นบางครั้ง ๓.๓. มีบันทึกรายงานการประชุม ทุกครั้ง	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

การประเมินกระบวนการงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
	ระดับอำเภอ		
๔	การวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็กในระดับอำเภอ (๕ คะแนน) ๔.๑. ไม่มีการวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็กในระดับอำเภอ ๔.๒. มีการวิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็กในระดับอำเภอบางไตรมาส ๔.๓. วิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการเด็กในระดับอำเภอทุกไตรมาส	๐ คะแนน ๒ คะแนน ๕ คะแนน	
๕	แผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน (๕ คะแนน) ๕.๑. ไม่มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน ๕.๒. มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน	๐ คะแนน ๕ คะแนน	
๖	การขับเคลื่อน/การดำเนินงานตามโครงการและการประเมินผล (๑๐ คะแนน) ๖.๑. ไม่มีการขับเคลื่อนและการดำเนินงานตามโครงการ ๖.๒. มีการขับเคลื่อน/การดำเนินงานตามโครงการแต่ไม่มีการประเมินผล ๖.๓. มีการขับเคลื่อน/การดำเนินงานตามโครงการรวมทั้งมีการวิเคราะห์และประเมินผล	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
	ระดับตำบล		
๗	การวิเคราะห์สถานการณ์เด็กปฐมวัย (๕ คะแนน) ๗.๑. ไม่มีการวิเคราะห์สถานการณ์เด็กปฐมวัย ๗.๒. มีการวิเคราะห์สถานการณ์เด็กปฐมวัยบางไตรมาส ๗.๓. วิเคราะห์สถานการณ์เด็กปฐมวัยทุกไตรมาส	๐ คะแนน ๒ คะแนน ๕ คะแนน	

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ พงศกัญญา

การประเมินกระบวนการงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๘	แผนงาน/โครงการที่เป็นปัญหาในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน (๕ คะแนน) ๘.๑. ไม่มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน ๘.๒. มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการดำเนินงาน	๐ คะแนน ๕ คะแนน	
๙	คลินิก WCC และคลินิกประเมิน/กระตุ้นพัฒนาการแยกเป็นสัดส่วน (๑๐ คะแนน) ๙.๑. ไม่มีคลินิก WCC และคลินิกประเมิน/กระตุ้นพัฒนาการแยกเป็นสัดส่วนใช้สถานที่ร่วมกับคลินิกอื่น ๙.๒. มีการจัดคลินิก WCC เป็นสัดส่วนแต่คลินิกประเมิน/กระตุ้นพัฒนาการใช้ร่วมกับคลินิก WCC ๙.๓. มีการจัดคลินิก WCC และคลินิกประเมิน/กระตุ้นพัฒนาการแยกเป็นสัดส่วนสวยงาม	๑ คะแนน ๕ คะแนน ๑๐ คะแนน	
๑๐	ชุดอุปกรณ์และคู่มือในการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย (๑๐ คะแนน) ๑๐.๑. ไม่มีชุดอุปกรณ์และคู่มือในการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ๑๐.๒. มีชุดอุปกรณ์และคู่มือในการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยแต่ไม่ครบทุกด้าน ๑๐.๓. มีชุดอุปกรณ์และคู่มือในการตรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัยครบสำหรับตรวจพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย(โภชนาการ) ด้านสติปัญญา และด้านการเรียนรู้	๐ คะแนน ๕ คะแนน ๑๐ คะแนน	

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๕ จังหวัดยโสธร

การประเมินกระบวนการงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๑๑	<p>การให้ความรู้ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการ การโรงเรียนพ่อแม่ สามารถเฝ้าระวัง พัฒนาการ การเจริญเติบโตและการเจ็บป่วยของลูก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และคู่มือดูแลสุขภาพของลูกและบันทึกข้อมูลสุขภาพลูก(๑๐ คะแนน)</p> <p>๑๑.๑. ไม่มีการให้ความรู้ พ่อ แม่ ผู้เลี้ยงดูเด็กตามกระบวนการโรงเรียนพ่อแม่ สามารถเฝ้าระวัง พัฒนาการ การเจริญเติบโตและการเจ็บป่วยของลูก โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและคู่มือดูแลสุขภาพของลูกและบันทึกข้อมูลสุขภาพลูก</p> <p>๑๑.๒. มีการให้ความรู้ไม่ครบกลุ่มเป้าหมายและไม่มีแผนการให้ความรู้และ/หรือไม่มีแผนการเรียนการสอนโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๑๑.๓. มีการให้ความรู้ครบทุกกลุ่มเป้าหมายและมีแผนการให้ความรู้และ/หรือไม่มีแผนการเรียนการสอนโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๑๑.๔. มีการให้ความรู้ครบทุกกลุ่มเป้าหมายและมีแผนการให้ความรู้และมีแผนการเรียนการสอนโรงเรียนพ่อแม่</p> <p>๑๑.๕. มีกิจกรรมตามข้อ ๑๑.๓. และมีการสอนหรือให้คำแนะนำการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและคู่มือดูแลสุขภาพของลูกและบันทึกข้อมูลสุขภาพลูก</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๒ คะแนน</p> <p>๔ คะแนน</p> <p>๖ คะแนน</p> <p>๑๐ คะแนน</p>	
๑๒	<p>การส่งต่อข้อมูลเชื่อมกันระหว่างเครือข่าย (๑๐ คะแนน)</p> <p>๑๒.๑. ไม่มีการส่งต่อข้อมูลเชื่อมกันระหว่างเครือข่าย</p> <p>๑๒.๒. มีการส่งต่อข้อมูลเชื่อมกันระหว่างเครือข่ายบ้างบางไตรมาส</p> <p>๑๒.๓. มีการส่งต่อข้อมูลเชื่อมกันระหว่างเครือข่ายอย่างต่อเนื่องทุกไตรมาส</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p> <p>๑๐ คะแนน</p>	

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ พงศกัญญา

การประเมินกระบวนการงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๑๓	ทะเบียนข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ ทะเบียนเด็กพัฒนาการล่าช้าและเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA๔ จากโรงพยาบาลชุมชน (๑๐ คะแนน) ๑๓.๑. ไม่มีทะเบียนข้อมูลเด็กกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบ ทะเบียนเด็กพัฒนาการล่าช้าและเด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือ TEDA๔ จากโรงพยาบาลชุมชน ๑๓.๒. มีทะเบียนข้อมูลแต่ไม่ครบทุกทะเบียน ๑๓.๓. มีทะเบียนข้อมูลครบทุกทะเบียนแต่ไม่เป็นปัจจุบัน ๑๓.๔. มีทะเบียนข้อมูลครบทุกทะเบียนเป็นปัจจุบันทุกทะเบียน	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน ๑๐ คะแนน	
๑๔	ทะเบียนรายงานการเยี่ยมบ้าน เด็กพัฒนาการล่าช้าในพื้นที่ (๑๐ คะแนน) ๑๔.๑. ไม่มีทะเบียนรายงานการเยี่ยมบ้าน เด็กพัฒนาการล่าช้าในพื้นที่ ๑๔.๒. มีทะเบียนรายงานการเยี่ยมบ้าน เด็กพัฒนาการล่าช้าในพื้นที่แต่ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่รับผิดชอบ ๑๔.๓. มีทะเบียนรายงานการเยี่ยมบ้าน เด็กพัฒนาการล่าช้าในพื้นที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่รับผิดชอบ แต่ไม่ทันเวลาหรือไม่เป็นปัจจุบัน ๑๔.๔. มีทะเบียนรายงานการเยี่ยมบ้าน เด็กพัฒนาการล่าช้าในพื้นที่ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่รับผิดชอบ และทันเวลาเป็นปัจจุบัน	๐ คะแนน ๒ คะแนน ๕ คะแนน ๑๐ คะแนน	

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ พงศกัญญา

การประเมินผลลัพธ์

ระดับอำเภอ

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน				
		๙๐ - ๑๐๐%	๘๐ - ๘๙%	๗๐ - ๗๙%	๖๐ - ๖๙%	< ๖๐%
๑	มีความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็ก กลุ่มเป้าหมาย (๑๐ คะแนน)	๙๐ - ๑๐๐%	๘๐ - ๘๙%	๗๐ - ๗๙%	๖๐ - ๖๙%	< ๖๐%
		๙-๑๐ คะแนน	๕-๘ คะแนน	๓-๔ คะแนน	๑-๒ คะแนน	๐ คะแนน
๒	การคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (๒๐ คะแนน)	>๒๐%	๑๕ - ๑๙%	๑๐ - ๑๔%	๕ - ๙%	< ๕ %
		๑๘-๒๐ คะแนน	๑๑ - ๑๗ คะแนน	๖ - ๑๐ คะแนน	๑ - ๕ คะแนน	๐ คะแนน
๓	เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าและเด็กได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ ครบ ๓๐ วัน (๒๐ คะแนน)	๙๐ - ๑๐๐%	๘๐ - ๘๙%	๗๐ - ๗๙%	๖๐ - ๖๙%	< ๖๐%
		๑๘-๒๐ คะแนน	๑๑ - ๑๗ คะแนน	๖ - ๑๐ คะแนน	๑ - ๕ คะแนน	๐ คะแนน

ระดับตำบล

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน				
		๙๐ - ๑๐๐%	๘๐ - ๘๙%	๗๐ - ๗๙%	๖๐ - ๖๙%	< ๖๐%
๑	มีความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็ก กลุ่มเป้าหมาย (๑๐ คะแนน)	๙๐ - ๑๐๐%	๘๐ - ๘๙%	๗๐ - ๗๙%	๖๐ - ๖๙%	< ๖๐%
		๙-๑๐ คะแนน	๕-๘ คะแนน	๓-๔ คะแนน	๑-๒ คะแนน	๐ คะแนน
๒	การคัดกรองพัฒนาการสงสัยล่าช้า (๒๐ คะแนน)	>๒๐%	๑๕ - ๑๙%	๑๐ - ๑๔%	๕ - ๙%	< ๕ %
		๑๘-๒๐ คะแนน	๑๑ - ๑๗ คะแนน	๖ - ๑๐ คะแนน	๑ - ๕ คะแนน	๐ คะแนน
๓	เด็กสงสัยพัฒนาการล่าช้าและเด็กได้รับการกระตุ้น พัฒนาการ ครบ ๓๐ วัน (๒๐ คะแนน)	๙๐ - ๑๐๐%	๘๐ - ๘๙%	๗๐ - ๗๙%	๖๐ - ๖๙%	< ๖๐%
		๑๘-๒๐ คะแนน	๑๑ - ๑๗ คะแนน	๖ - ๑๐ คะแนน	๑ - ๕ คะแนน	๐ คะแนน

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๕ จังหวัดยโสธร

KPI ๓ ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan

ตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
คำนิยาม	<p>๑.ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การดำเนินงานส่งเสริม พัฒนาสนับสนุนฟื้นฟูและสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีมีอายุยืนยาว</p> <p>๒.แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ / ผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ / ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่ทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๓.การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง</p> <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) ทุกรายรอบ ๙ เดือน และ ๑๒ เดือน - ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ (โดยคณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข)
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อวางแผนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุ / ผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการวางแผนการดูแลครบทุกมิติและรอบด้านเป็นรายบุคคลร่วมกับภาคีเครือข่ายในระดับชุมชนที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๒. เพื่อติดตาม/ประเมินระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูผู้สูงอายุ / ผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ส่งผลให้เกิดการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๙๐ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิการรักษา</p> <p>๒. ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมี ADL < ๑๑ ทุกสิทธิการรักษา</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. คัดกรองและประเมิน กลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง : ตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ประเมินตามรอบ ๙ และ ๑๒ เดือน</p> <p>๒. จัดทำ Care Plan ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง รายบุคคลตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยจัดทำเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มี ADL < ๑๑) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - หน่วยบริการมีการจัดทำ Care Plan รายบุคคลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) - มี Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น อพส.หรือ อสม. เข้าเยี่ยมและให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ตาม Care Plan - พื้นที่หน่วยบริการมีการบันทึกข้อมูลรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงลงใน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)

	<p>ข้อมูลจากการดำเนินการจัดทำ Care Plan ประมวลผลและรายงานเข้าสู่ระบบ</p> <ul style="list-style-type: none"> - โปรแกรม Long Term Care รายงานประจำเดือน กรมอนามัย - โปรแกรม Long Term Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
<p>เกณฑ์การให้คะแนน</p>	<p>ระดับอำเภอ (๔๐ คะแนน)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) ๒. มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) อย่างน้อย ๒ ครั้ง / ปี ๓. มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ๔. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับอำเภอ ๕. มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ/กองทุน LTC ระดับอำเภอ ๖. สุ่มรายงาน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) อำเภอละ ๑๐๐ ฉบับ (ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๙๐) <p>ระดับตำบล (๕๐ คะแนน)</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ขึ้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (คัดกรอง ADL ประเมินสุขภาพและ คัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ) ๒. มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ ๓. มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ ๔. มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ๕. มี Care Manager /ทีมสหวิชาชีพ /หมอบริการ /Caregiver อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ๖. มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ ๙ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน ๗. สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ๕ ราย ๘. มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ๙. มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง <p>การประเมินผลลัพธ์ระดับอำเภอ ๑๐ คะแนน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ๒. มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ ๙ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน โดยมีผลการประเมินการเปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก <ul style="list-style-type: none"> - กลุ่มติดเตียงมาติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาติดสังคม

ระยะเวลาประเมิน	๑ ครั้ง/ปี
วิธีการประเมินผล	<ol style="list-style-type: none"> ๑. พื้นที่ประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ๒. พื้นที่จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) ๓. แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม Long Term Care ได้รับการเสนอคณะกรรมการ Long Term Care เพื่ออนุมัติ Care Plan ในการได้รับการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รายบุคคล ๔. สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ดูแลตาม Care Plan อำเภอ ละ ๕ ราย ๔. สุ่มประเมินและรายงานตามองค์ประกอบในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) อำเภอละ ๑๐๐ ฉบับ ๕. วิเคราะห์ประเมินผล Care Plan ในระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)
เอกสารสนับสนุน	<ul style="list-style-type: none"> - คู่มือแนวทางการจัดทำ Care Plan Online กรมอนามัย - โปรแกรมการบันทึกข้อมูล Long Term Care (๓C) กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Care Manager/Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager/Caregiver กรมอนามัย - คู่มือแนวทางการฝึกอบรมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นตามหลักสูตรนักบริบาลท้องถิ่น (Care Community)
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอละ ๑ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นางสุภาพร แก้วใส หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ ๐๙๑-๐๖๔๑๘๘๘๘</p> <p>นางจินตนา พลมีศักดิ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๙๕ ๖๑๓๘๕๕๒</p>

แบบประเมิน ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

หน่วยงาน.....อำเภอ.....จังหวัดยโสธร

วัน/เดือน/ปี ที่ประเมิน

การประเมินกระบวนการงาน

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	
	ระดับอำเภอ	๔๐ คะแนน	
๑	มีคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) () ไม่มี () มี	๐ คะแนน ๒ คะแนน	
๒	มีการประชุมและบันทึกการประชุมคณะทำงานการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ (PM อำเภอ) อย่างน้อย ๒ ครั้ง / ปี () ไม่มี () มีประชุม ๑ ครั้ง () มีประชุม ๒ ครั้งขึ้นไป	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๓	มีผลการประเมินคัดกรอง ADL และปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงด้วย และมีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) () ไม่มี () มีแต่ไม่ครอบคลุม () มีครอบคลุม	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๔	มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุระดับอำเภอ () ไม่มี () มีแต่ไม่ครอบคลุม () มีครอบคลุม	๐ คะแนน ๑ คะแนน ๒ คะแนน	
๕	มีแผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ/กองทุน LTC ระดับอำเภอ () ไม่มี () มี	๐ คะแนน ๒ คะแนน	
๖	สุ่มรายงาน Care Plan ผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C) อำเภอละ จำนวน ๑๐๐ ฉบับ (ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ ๙๐) () ผ่านเกณฑ์ ≤ ร้อย ๕๙ () ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๖๐ – ๖๙ () ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๗๐ – ๗๙ () ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๘๐ – ๘๙ () ผ่านเกณฑ์ ≥ ร้อยละ ๙๐	๑๐ คะแนน ๑๕ คะแนน ๒๐ คะแนน ๒๕ คะแนน ๓๐ คะแนน	

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

การประเมินกระบวนการงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
	ระดับตำบล	๕๐ คะแนน	
๑	มีการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุทุกคนในชุมชน ขึ้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ (คัดกรอง ADL ประเมินสุขภาพและคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ ๙ ข้อ) () ไม่มีการคัดกรอง () มีผลการคัดกรองแต่ไม่ครอบคลุม () มีผลการคัดกรองครอบคลุม	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๒	มีการวิเคราะห์ข้อมูลผู้สูงอายุ () ไม่มี () มี	๐ คะแนน ๕ คะแนน	
๓	มีการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ผ่านการประเมินคัดกรองและมีปัญหาด้านสุขภาพ () ไม่มี () มีแต่ไม่ครอบคลุม () มีครอบคลุม	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๔	มีระบบเฝ้าระวังด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในเชิงป้องกันการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล () ไม่มี () มี	๐ คะแนน ๕ คะแนน	
๕	มี Care Manager / ทีมสหวิชาชีพ / หมอครอบครัว / Caregiver อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุในการดูแลเยี่ยมผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน () ไม่มี () มีแต่ไม่ครบ () มีครบ	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	
๖	มีการประเมินผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ ๙ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน () ไม่มี () มีแต่ไม่ครอบคลุม () มีครอบคลุม	๐ คะแนน ๓ คะแนน ๕ คะแนน	

การประเมินกระบวนการงาน (ต่อ)

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
๗	<p>สุ่มเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ๕ ราย</p> <p>() ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๑ ราย</p> <p>() ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๒ ราย</p> <p>() ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๓ ราย</p> <p>() ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๔ ราย</p> <p>() ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแล ตรงตาม Care Plan และเป็นปัจจุบัน ๕ ราย</p>	<p>๒ คะแนน</p> <p>๔ คะแนน</p> <p>๖ คะแนน</p> <p>๘ คะแนน</p> <p>๑๐ คะแนน</p>	
๘	<p>มีระบบการบันทึกการรายงานข้อมูลผ่านระบบโปรแกรม Long Term Care (๓C)</p> <p>() ไม่มีการบันทึก</p> <p>() มีการบันทึกแต่ไม่ครอบคลุม</p> <p>() มีการบันทึกครอบคลุม</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๓ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p>	
๙	<p>มีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>() ไม่มี</p> <p>() มี</p>	<p>๐ คะแนน</p> <p>๕ คะแนน</p>	

การประเมินผลลัพธ์

ระดับอำเภอ ๑๐ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์พิจารณา		เกณฑ์คะแนน			
๑	มีระบบการบันทึกการ รายงานข้อมูลผ่านระบบ โปรแกรม Long Term Care (๓C)	๙๐ - ๑๐๐%	๘๐ - ๘๙%	๗๐ - ๗๙%	๖๐ - ๖๙%	< ๖๐%
		๕ คะแนน	๔ คะแนน	๓ คะแนน	๒ คะแนน	๑ คะแนน
๒	มีการประเมินผู้สูงอายุ และ ผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่ม ศักยภาพตามความสามารถ ในการประกอบกิจวัตร ประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) รอบ ๙ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน โดยมีผลการประเมินการ เปลี่ยนกลุ่มของผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิงจาก - กลุ่มติดเตียงมาติดบ้าน - กลุ่มติดบ้านมาติดสังคม	>๒๐%	๑๕ - ๑๙%	๑๐ - ๑๔%	๕ - ๙%	< ๕ %
		๕ คะแนน	๔ คะแนน	๓ คะแนน	๒ คะแนน	๑ คะแนน

KPI ๔ การส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิกูล

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผน	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	การส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิกูล
คำนิยาม	การส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิกูล หมายถึง มีการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ในการส่งเสริมและผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่มีการออกและบังคับใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการจัดการสิ่งปฏิกูล และมีการจัดการสิ่งปฏิกูล ตั้งแต่ระบบการรองรับ การเก็บ การขน และการกำจัดสิ่งปฏิกูล
เกณฑ์เป้าหมาย :	
ทุกอำเภอมีการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ในประเด็นการส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิกูล	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลในทุกอำเภอ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลจากหลักฐานในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
แหล่งข้อมูล	หลักฐานในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในระดับอำเภอ
รายการข้อมูล ๑	คะแนนการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในระดับอำเภอ
รายการข้อมูล ๒	และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผลรวมคะแนนในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมมาตามรายการที่ Check List
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมินเพื่อจัดอันดับ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เกณฑ์การประเมิน : เกณฑ์การให้คะแนน	
การส่งเสริมการจัดการสิ่งปฏิกูล / เกษตรอินทรีย์ อย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	คะแนนในการจัดการ
	สิ่งปฏิกูล
๑. มีนโยบาย/มาตรการในระดับอำเภอ	๑ คะแนน
๒. มีแผนงาน/โครงการในระดับอำเภอ	๑ คะแนน
๓. มีผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้	
๓.๑ มีข้อมูลการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น ของ อปท. - ครอบคลุม ๑๐๐% = ๑ คะแนน - ครอบคลุม >๖๐% = ๐.๕ คะแนน - ครอบคลุม <๖๐% = ๐.๒๕ คะแนน - ไม่มี = ๐ คะแนน	๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐.๒๕ คะแนน ๐ คะแนน
๓.๒ มีการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่อย่างถูกต้องตามหลัก สุขาภิบาล อย่างน้อย ๑ แห่ง/อำเภอ	๒ คะแนน
คะแนนเต็ม	๕ คะแนน
วิธีการประเมินผล :	คปสอ. สรุปลงและรายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน
เอกสารสนับสนุน :	๑. พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม http://laws.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/laws/main.php?filename=๑HLaws๒๐๑๖ ๒. กฎกระทรวง สุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ.๒๕๖๑ http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER๙/DRAWER๐๔๑/GENERAL/DATA๐๐๐๓/๐๐๐๐๓๓๑๒.PDF
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางอัญชลี ชคัตตริย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๕๗๑ ๒๒๓๓-๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖ ๒๔๖ ๔๒๗๔ E-mail : aun๒๕๐๕@gmail.com นางนารฤดี กุลวิเศษณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๕๗๑ ๒๒๓๓-๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗ ๕๑๔ ๖๘๔๑ E-mail : nardludee@gmail.com

KPI ๕ การส่งเสริมการจัดการเกษตรอินทรีย์

หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผน	การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	อำเภอ
ชื่อตัวชี้วัด	การส่งเสริมการจัดการเกษตรอินทรีย์
คำนิยาม	การส่งเสริมเกษตรอินทรีย์ หมายถึง มีการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ในการส่งเสริมให้เกษตรกรในพื้นที่ ลด ละ เลิก การใช้สารเคมีในการทำเกษตร และสนับสนุนให้มีการใช้ผลผลิตจากการเกษตรแบบอินทรีย์
เกณฑ์เป้าหมาย :	
ทุกอำเภอมีการจัดการปัญหาสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนอย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ ในประเด็นการส่งเสริมการจัดการเกษตรอินทรีย์	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีการขับเคลื่อนการจัดการ เกษตรอินทรีย์ ในทุกอำเภอ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เกษตรกร และ/หรือ ผู้ฉีดพ่นสารเคมีทางการเกษตร ประชาชนทั่วไป
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมข้อมูลจากหลักฐานในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
แหล่งข้อมูล	หลักฐานในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในระดับอำเภอ
รายการข้อมูล ๑	คะแนนการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมในระดับอำเภอ และผลการดำเนินงานตามเกณฑ์
รายการข้อมูล ๒	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ผลรวมคะแนนในการขับเคลื่อนนโยบาย มาตรการ แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมมาตามรายการที่ Check List
ระยะเวลาประเมินผล	การประเมินเพื่อจัดอันดับ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เกณฑ์การประเมิน : เกณฑ์การให้คะแนน	
การส่งเสริมการจัดการการเกษตรอินทรีย์ อย่างเป็นรูปธรรม หรือ ส่งเสริมให้เกิดปัจจัยเอื้อด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพ	คะแนนในการจัดการ
	การเกษตรอินทรีย์
๑. มีนโยบาย/มาตรการในระดับอำเภอ (๐.๕ คะแนน)	๐.๕ คะแนน
๒. มีแผนงาน/โครงการในระดับอำเภอ (๐.๕ คะแนน)	๐.๕ คะแนน
๓. มีรายงานผลการเฝ้าระวังโดยการประเมินความเสี่ยงใน เกษตรกร และการตรวจหาสารเคมีในเลือดเกษตรกร (๑ คะแนน)	๑ คะแนน
๔. มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการเฝ้าระวังความปลอดภัยใน เกษตรกรกลุ่มที่ใช้สารเคมีและไม่ใช้สารเคมีในการเกษตร (๑ คะแนน)	๑ คะแนน
๕. มีข้อมูล รพท./รพช./รพสต./PCU มีการทำแปลงสาธิตในการ ทำเกษตรอินทรีย์ (๑ คะแนน)	๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐.๒๕ คะแนน ๐ คะแนน
๖. มีข้อมูลโรงพยาบาลในพื้นที่ที่มีการใช้ผลผลิตทางการเกษตรที่ ปลอดภัย/เกษตรอินทรีย์ในการปรุงประกอบอาหารให้กับผู้ป่วย ผลการตรวจตัวอย่างอาหาร เฝ้าระวังสารปนเปื้อน	๑ คะแนน
	คะแนนเต็ม
	๕ คะแนน
วิธีการประเมินผล :	คปสอ. สรุปและรายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์การประเมิน
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการ ประกอบอาชีพกลุ่มแรงงานนอกระบบ/ภาคเกษตรกรรม http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/๔๑๔
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางอัญชลี ชคัตตริย์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๕๗๑ ๒๒๓๓-๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖ ๒๔๖ ๔๒๓๔ E-mail : aun๒๕๐๕@gmail.com นางนารฤดี กุลวิเศษณ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๕๗๑ ๒๒๓๓-๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗ ๕๑๔ ๖๘๔๑ E-mail : nardluddee@gmail.com

KPI ๖ อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เสมหะบวกและลบ)

โครงการ	วัณโรค																		
ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวัณโรค																		
ระดับการวัดผล	ระดับ CUP																		
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	อัตราความสำเร็จของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (เสมหะบวกและลบ)																		
คำนิยาม	<p>ความสำเร็จการรักษาหมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึงผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลวซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติคือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriological confirmed : B+) หมายถึงผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวกอาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B -) หมายถึงผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบแต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค</p>																		
กลุ่มเป้าหมาย	๑.อัตราการรักษาสำเร็จ คือผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม-๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๓)																		
น้ำหนักคะแนน	๕ คะแนน																		
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>อัตราความสำเร็จ</td> <td><๖๕</td> <td>๖๕.๑-๗๕</td> <td>๗๕.๑-๘๕</td> <td>๘๕.๑-๙๐</td> <td>>๙๐</td> </tr> <tr> <td>น้ำหนักคะแนน</td> <td><๖๕</td> <td>๖๕.๑-๗๕</td> <td>๗๕.๑-๘๕</td> <td>๘๕.๑-๙๐</td> <td>>๙๐</td> </tr> <tr> <td colspan="6">หมายเหตุ น้ำหนัก ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </table>	อัตราความสำเร็จ	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๕	๘๕.๑-๙๐	>๙๐	น้ำหนักคะแนน	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๕	๘๕.๑-๙๐	>๙๐	หมายเหตุ น้ำหนัก ร้อยละ ๑๐๐					
อัตราความสำเร็จ	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๕	๘๕.๑-๙๐	>๙๐														
น้ำหนักคะแนน	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๕	๘๕.๑-๙๐	>๙๐														
หมายเหตุ น้ำหนัก ร้อยละ ๑๐๐																			

KPI ๗ อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ

โครงการ	วัณโรค																														
ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวัณโรค																														
ระดับการวัดผล	ระดับ CUP																														
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ																														
คำนิยาม	๑. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมามาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติคือ ๒. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำหมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาหาย หรือครบแล้ว กลับมาขึ้นทะเบียนรักษาอีกครั้ง ๓. ค่าประมาณการหมายถึง ค่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดให้ประเทศไทยค้นให้พบผู้ป่วยทุกประเภทคือ ๑๕๐ ต่อแสนประชากร ทั้งนี้จังหวัดกำหนดการดำเนินการเป็น ๔ ไตรมาส																														
กลุ่มเป้าหมาย	๑. อัตราการค้นพบผู้ป่วย คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ ๑-๔ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (ตั้งแต่ตุลาคม ๒๕๖๓ - กันยายน ๒๕๖๔)																														
น้ำหนักคะแนน	๓ คะแนน																														
เกณฑ์เป้าหมาย	อัตราการค้นพบผู้ป่วย																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>อำเภอ</th> <th>ค่าประมาณการ ๑๕๐/แสน ปชก(A)</th> <th>ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (B)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เมืองยโสธร</td> <td>๑๙๔ ราย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ทรายมูล</td> <td>๔๖ ราย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>กุดชุม</td> <td>๙๙ ราย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>คำเขื่อนแก้ว</td> <td>๑๐๐ ราย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ป่าดิว</td> <td>๕๓ ราย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>มหาชนะชัย</td> <td>๘๖ ราย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ค้อวัง</td> <td>๓๘ ราย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>เลิงนกทา</td> <td>๑๔๔ ราย</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ไทยเจริญ</td> <td>๔๖ ราย</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	อำเภอ	ค่าประมาณการ ๑๕๐/แสน ปชก(A)	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (B)	เมืองยโสธร	๑๙๔ ราย		ทรายมูล	๔๖ ราย		กุดชุม	๙๙ ราย		คำเขื่อนแก้ว	๑๐๐ ราย		ป่าดิว	๕๓ ราย		มหาชนะชัย	๘๖ ราย		ค้อวัง	๓๘ ราย		เลิงนกทา	๑๔๔ ราย		ไทยเจริญ	๔๖ ราย	
อำเภอ	ค่าประมาณการ ๑๕๐/แสน ปชก(A)	ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (B)																													
เมืองยโสธร	๑๙๔ ราย																														
ทรายมูล	๔๖ ราย																														
กุดชุม	๙๙ ราย																														
คำเขื่อนแก้ว	๑๐๐ ราย																														
ป่าดิว	๕๓ ราย																														
มหาชนะชัย	๘๖ ราย																														
ค้อวัง	๓๘ ราย																														
เลิงนกทา	๑๔๔ ราย																														
ไทยเจริญ	๔๖ ราย																														
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tbody> <tr> <td rowspan="2">อัตราการการค้นพบ</td> <td><๖๕</td> <td>๖๕.๑-๗๕</td> <td>๗๕.๑-๘๔.๙</td> <td>๘๕.๐-๙๐</td> <td>>๙๐</td> </tr> <tr> <td><๖๕</td> <td>๖๕.๑-๗๕</td> <td>๗๕.๑-๘๔.๙</td> <td>๘๕.๐-๙๐</td> <td>>๙๐</td> </tr> <tr> <td colspan="6">หมายเหตุ น้ำหนักร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	อัตราการการค้นพบ	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๔.๙	๘๕.๐-๙๐	>๙๐	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๔.๙	๘๕.๐-๙๐	>๙๐	หมายเหตุ น้ำหนักร้อยละ ๑๐๐																		
อัตราการการค้นพบ	<๖๕		๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๔.๙	๘๕.๐-๙๐	>๙๐																									
	<๖๕	๖๕.๑-๗๕	๗๕.๑-๘๔.๙	๘๕.๐-๙๐	>๙๐																										
หมายเหตุ น้ำหนักร้อยละ ๑๐๐																															
วิธีจัดเก็บข้อมูล	๑. ข้อมูล อัตราการค้นพบผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ ประเมินได้ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคลหรือโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (NTIP)																														

สูตรการ คำนวณตัวชี้วัด	$(B/A) \times 100$
อัตราการ ค้นพบผู้ป่วย	A= ค่าประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๑๕๐ ต่อแสนประชากร) B =ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนรักษาในปีงบประมาณ ๒๕๖๔
ผู้รับผิดชอบ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายเกียรติศักดิ์ พงประเสริฐ โทรศัพท์ ๐๙๙-๔๔๙๙๙๗๙ นางสาวจรรยา ดวงแก้ว โทรศัพท์ ๐๘๑-๐๖๗๓๙๙๖

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

KPI ๘ อัตราการทำ DOT โดย เจ้าหน้าที่ หรือ อสม.

โครงการ	วัณโรค																											
ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานวัณโรค																											
ระดับการวัดผล	ระดับ CUP																											
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	อัตราการทำ DOT โดย เจ้าหน้าที่ หรือ อสม.																											
คำนิยาม	DOT หมายถึงการป้อนยาผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก และลบ จนครบ ๑๘๐ วันหรือมากกว่าจนรักษาครบ หรือรักษาหาย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อสม. (ไม่ใช่ญาติป้อนหรือผู้ป่วยกินยาเอง)																											
กลุ่มเป้าหมาย	DOT คือผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะบวก และลบ ที่ขึ้นทะเบียนรักษาปีงบประมาณ ๒๕๖๔																											
น้ำหนักคะแนน	๒ คะแนน																											
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <tr> <td>อัตราความสำเร็จ การทำ DOT</td> <td><๖๕</td> <td>๖๕.๑- ๗๕</td> <td>๗๕.๑- ๘๕</td> <td>๘๕.๑- ๙๐</td> <td>>๙๐</td> </tr> <tr> <td>น้ำหนักคะแนน</td> <td><๖๕</td> <td>๖๕.๑- ๗๕</td> <td>๗๕.๑- ๘๕</td> <td>๘๕.๑- ๙๐</td> <td>>๙๐</td> </tr> <tr> <td colspan="6">หมายเหตุ น้ำหนักร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </table>	อัตราความสำเร็จ การทำ DOT	<๖๕	๖๕.๑- ๗๕	๗๕.๑- ๘๕	๘๕.๑- ๙๐	>๙๐	น้ำหนักคะแนน	<๖๕	๖๕.๑- ๗๕	๗๕.๑- ๘๕	๘๕.๑- ๙๐	>๙๐	หมายเหตุ น้ำหนักร้อยละ ๑๐๐														
อัตราความสำเร็จ การทำ DOT	<๖๕	๖๕.๑- ๗๕	๗๕.๑- ๘๕	๘๕.๑- ๙๐	>๙๐																							
น้ำหนักคะแนน	<๖๕	๖๕.๑- ๗๕	๗๕.๑- ๘๕	๘๕.๑- ๙๐	>๙๐																							
หมายเหตุ น้ำหนักร้อยละ ๑๐๐																												
วิธีจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. ข้อมูล DOT ลงสู่ผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๓๐ ของสถานบริการ (ลงสู่บ้าน ผู้ป่วยสถานบริการละ ๑ คนจากสถานบริการที่สุ่มได้)</p> <table border="1"> <tr> <td>-เมือง</td> <td>๒๒ แห่ง</td> <td>สุ่ม ๗ สถานบริการ</td> </tr> <tr> <td>- ทราญมูล</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	- ทราญมูล	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																										
- ทราญมูล	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																										
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																											
อัตราการค้นพบผู้ป่วย	A= จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่สุ่ม แล้วได้รับการป้อนยาโดย จนท.หรือ อสม. B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่สุ่มประเมิน																											
ผู้รับผิดชอบ รายงานผลการดำเนินงาน	นายเกียรติศักดิ์ พงประเสริฐ โทรศัพท์ ๐๙๙-๔๔๙๙๙๗๙ นางสาวจรรยา ดวงแก้ว โทรศัพท์ ๐๘๑-๐๖๗๓๙๙๖																											

KPI ๙ หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU/NPCU)

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) : Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ)
แผนที่	๕. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิเข้มแข็ง
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ลักษณะ	เชิงปริมาณ
ระดับการวัด	จังหวัด
ชื่อตัวชี้วัด	<p>KR๑ = ประชาชนในอำเภอมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p style="padding-left: 40px;">ประชาชนเขตเมือง ร้อยละ ๕๐%</p> <p style="padding-left: 40px;">ประชาชนเขตชนบท ร้อยละ ๔๐%</p> <p>KR๒ = Family Register (ฝังเครือญาติ) ครอบครัว อสม. และ ครอบครัวผู้ป่วย DM ครอบครัว อสม. และ ร้อยละ ๘๐</p> <p>KR๓ = มีป้าย/สติ๊กเกอร์ ประชาสัมพันธ์คลินิกหมอครอบครัว ครอบคลุมทุกครัวเรือนในเขต PCU และ NPCU ร้อยละ ๙๐</p>
คำนิยาม	<p>ประชาชน หมายถึง จำนวนประชาชนอยู่ในพื้นที่ที่เปิดดำเนินการของหน่วยบริการปฐมภูมิหรือเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการดูแลประชาชนตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัว</p> <p>หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียน เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่ขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ สสป. และเปิดดำเนินการ ตั้งแต่ ปี ๒๕๖๓ เป็นต้นไป)</p> <p>แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหมายความว่าแพทย์ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเพื่อแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมสาขาเวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมตามเวชศาสตร์ครอบครัวจากหลักสูตรที่ปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้ความเห็นชอบ</p> <p>๑.หลักสูตรพื้นฐานเวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฐมภูมิ Basic Course of Family Medicine for Primary Care Doctor</p> <p>๒.หลักสูตรการฝึกอบรมระยะสั้น “เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ปฏิบัติงานในคลินิกหมอครอบครัว” พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกันกับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิและให้หมายคามรวมถึงผู้ซึ่งผ่านการฝึกอบรมด้านสุขภาพปฐมภูมิเพื่อเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว</p> <p>บริการสุขภาพปฐมภูมิเป็นบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลสุขภาพของบุคคลในบัญชีรายชื่อ ซึ่งมีขอบเขต ดังต่อไปนี้</p> <p>(๑) บริการสุขภาพอย่างองค์รวมแต่ไม่รวมถึงการดูแลโรคหรือปัญหาสุขภาพที่จำเป็นต้องใช้เทคนิคหรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่ซับซ้อนการปลูกถ่ายอวัยวะและการผ่าตัดยักเว้น การผ่าตัดขนาด</p>

	<p>เล็กซึ่งสามารถนิยามเฉพาะที่</p> <p>(๒) บริการสุขภาพตั้งแต่แรกครอบคลุมทุกระบวนการสาธารณสุขทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ แต่ไม่รวมถึงการบริการแบบผู้ป่วยนอกของหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ การบริการแบบผู้ป่วยในการคลอดและการปฏิบัติการฉุกเฉินยกเว้นกรณีการปฐมพยาบาลและการดูแลในภาวะฉุกเฉินเพื่อให้รอดพ้นภาวะฉุกเฉิน</p> <p>(๓) บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทุกช่วงวัยตั้งแต่ การตั้งครรภ์ ทารก วัยเด็ก วัยเรียน วัยรุ่นวัยทำงานวัยสูงอายุจนกระทั่งเสียชีวิต</p> <p>(๔) การดูแลสุขภาพของบุคคลแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพโดยการแพทย์แผนปัจจุบันการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ทางเลือก</p> <p>(๕) การบริการข้อมูลด้านสุขภาพและคำปรึกษาด้านสุขภาพแก่บุคคลในบัญชีรายชื่อตลอดจนคำแนะนำที่จำเป็นเพื่อให้สามารถตัดสินใจในการเลือกรับบริการหรือเข้าสู่ระบบการส่งต่อระบบคุณภาพบริการ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จำนวน/ร้อยละ หลังคาเรือนที่ได้รับการติดป้าย /สติ๊กเกอร์ ประชาสัมพันธ์ - สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ PCU&NPCU OP visit <p>ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังคุณภาพ (เบาหวาน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - หลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยเบาหวาน ได้รับการดูแลโดยแพทย์ FM/ทีมสหวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว ของ PCU&NPCU - การมีส่วนร่วมในการพัฒนาเบาหวาน ของแพทย์ FM/ทีมสหวิชาชีพ และทีมหมอครอบครัว ใน PCU&NPCU - ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี
เกณฑ์เป้าหมาย	PCU / NPCU ที่ขึ้นทะเบียนตามเกณฑ์ สสป. และเปิดดำเนินการ ในปี ๒๕๖๓ จำนวน ๒๒ แห่ง
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> - เพื่อให้ประชาชนมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ - เพื่อให้มีสุขภาพแข็งแรง สามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม - เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการปฐมภูมิ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (๙ อำเภอ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน หน่วยบริการ PCU / NPCU
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนอำเภอ ๒๒ แห่ง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	ไตรมาส ๒ และ ๔
ประเมินผล	

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เกณฑ์ประเมิน ปี ๒๕๖๔

เกณฑ์การออกประเมินผลการปฏิบัติงาน (Ranking) จังหวัดยโสธร

ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่าคะแนน
๑	ประชาชนในอำเภอมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - ประชาชนเขตเมือง ร้อยละ ๕๐% - ประชาชนเขตชนบท ร้อยละ ๔๐%	จำนวนการจัดตั้งและประชาชนที่มีรายชื่ออยู่ใน PCU/NPCU ที่มีแพทย์ FM และคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ประชาชนเขตเมือง ร้อยละ ๕๐% ประชาชนเขตชนบท ร้อยละ ๔๐% - จัดตั้งได้ครบ ตามเป้าหมาย จังหวัดยโสธร - จัดตั้งไม่ครบตามแผนจัดตั้ง ๑๐ ปี ๒๕๖๑-๒๕๗๐ จังหวัดยโสธร	๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน
	๒.ผังโครงสร้าง หมอบประจำตัว ๓ คน	ผังโครงสร้าง หมอบประจำตัว ๓ คน (แพทย์ MD/FM/คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ) และแบ่งหมู่บ้านพื้นที่รับผิดชอบ - มีผังโครงสร้าง หมอบประจำตัว ๓ คน /พื้นที่รับผิดชอบ ตาม หมู่บ้าน ครบ ทุกหมู่บ้าน - ไม่มีผังโครงสร้าง หมอบประจำตัว ๓ คน /พื้นที่รับผิดชอบ ตาม หมู่บ้าน (แสดงให้เห็น ณ PCU/NPCU)	๑ คะแนน ๐ คะแนน
	๓. จำนวน/ร้อยละ หลังคาเรือนที่ได้รับการติดป้าย/สติ๊กเกอร์ หมอบประจำตัว ๓ คน	หลังคาเรือนที่ได้รับการติดป้าย/สติ๊กเกอร์ หมอบประจำตัว ๓ คน - ครบทุกหลังคาเรือน - ๙๐-๙๙ % หลังคาเรือน - < ๙๐ % หลังคาเรือน (สุ่ม ๑๐ หลังคาเรือน/ใน PCU/NPCU และบ้านกลุ่มเปราะบาง)	๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน
๒.	ระบบคุณภาพบริการ	๒. ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังคุณภาพ (เบาหวาน) - หลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (DMเรื้อรัง) ที่ PCU&NPCU รับผิดชอบ ที่ได้รับ Family Register ได้รับการดูแลโดยแพทย์ FM/คณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิของ PCU&NPCU - สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU&NPCU) OP visit - อัตราส่วนการให้บริการ OPD visit :HOSP visit (จาก ๔๓ แห่ง)	๑ คะแนน

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

		<ul style="list-style-type: none"> - สัดส่วน > ๑.๗ - สัดส่วน ๑.๕๑-๑.๗๐ - สัดส่วน < ๑.๕๐ 	<ul style="list-style-type: none"> ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน
๓.	ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังคุณภาพ (เบาหวาน) (๕๐%)		
	<p>๓.๑ หลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยเบาหวานที่ PCU/NPCU รับผิดชอบที่ได้รับ Family Register ได้รับการดูแลโดยแพทย์ FM/คณะผู้ให้บริการใน PCU/NPCU</p>	<p>Family Register (ผังเครือญาติ Genogram) ในครัวเรือน อสม. และครัวเรือนที่มีผู้ป่วย DM</p> <ul style="list-style-type: none"> - ๘๐ % ขึ้นไป - ๖๐-๗๙.๙๙% - ต่ำกว่า ๖๐ % 	<ul style="list-style-type: none"> ๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน
	<p>๓.๒ การมีส่วนร่วมในกาพัฒนาเบาหวานของแพทย์ FM/ คณะผู้ให้บริการใน PCU/NPCU</p>	<p>๑.วิเคราะห์ข้อมูลสภาพปัญหาของเบาหวาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและมีสรุปรายงานสภาพปัญหาเบาหวานของ PCU/NPCU ครบทุกมิติ - มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและมีสรุปรายงานสภาพปัญหาเบาหวานของ PCU/NPCU แต่ไม่ครบทุกมิติ - ไม่มีกระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลและไม่มีสรุปรายงานสภาพปัญหาเบาหวานของ PCU/NPCU 	<ul style="list-style-type: none"> ๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน
		<p>การดำเนินงาน/กิจกรรม ตามแผนงาน</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการดำเนินงาน/กิจกรรม ตามแผนงานที่วางไว้ - มีการดำเนินงาน/กิจกรรม แต่ไม่เป็นไปตามแผนงานที่วางไว้ - ไม่มีการดำเนินงานตามแผนงานที่วางไว้ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน
	<p>๓.๓ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีหมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วมที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘)</p>	<p>๑. ร้อยละการตรวจ HbA๑c ในผู้ป่วยเบาหวาน เขตรับผิดชอบ</p> <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละ \geq ๘๐ ร้อยละ ๗๐ - ๗๙ ร้อยละ < ๗๐ <p>๒. ร้อยละการควบคุมน้ำตาลได้ดี</p> <ul style="list-style-type: none"> ร้อยละ \geq ๓๐ ร้อยละ ๒๕ - ๒๙ ร้อยละ < ๒๕ 	<ul style="list-style-type: none"> ๑ คะแนน ๐.๕ คะแนน ๐ คะแนน

วิธีการประเมินผล :	<p>๑. ประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ จากสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ</p> <p>๒. สุ่มตรวจสถิติเกอร์ ในหลังคาเรือในเขตรับผิดชอบ จำนวน ๑๐% ในพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>๓. ข้อมูล สัดส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกที่หน่วยบริการปฐมภูมิ (PCU&NPCU) OP visit ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๒ - มีนาคม ๒๕๖๓) เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ รอบ ๖ เดือน (เมษายน - กันยายน ๒๕๖๔)</p> <p>๔. แผนงาน/โครงการ แก้ไขปัญหาและควบคุมโรคเบาหวาน ของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ</p> <p>๕. หลังคาเรือนที่มีผู้ป่วยเบาหวาน ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับ Family Register</p> <p>๖. จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี</p> <p>๗. ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้าย หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้าย</p>																						
เอกสารสนับสนุน :	<p>๑. พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒</p> <p>๒. คู่มือแนวทางการดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในเว็บไซต์ : สำนักงานสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ (สสป.)</p>																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	อำเภอ		ค่าคะแนน	สรุป																		
				รอบ ๑ รอบ ๒																			
	ระดับค่าคะแนนความสำเร็จของอำเภอ ในดำเนินงานหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit: PCU and Network Primary Care Unit : NPCU) ที่มีคุณภาพ	<table border="1"> <tr><td>๑</td><td>เมือง</td></tr> <tr><td>๒</td><td>ทรายมูล</td></tr> <tr><td>๓</td><td>กุดชุม</td></tr> <tr><td>๔</td><td>คำเขื่อนแก้ว</td></tr> <tr><td>๕</td><td>ป่าดิว</td></tr> <tr><td>๖</td><td>มหาชนะชัย</td></tr> <tr><td>๗</td><td>ค้อวัง</td></tr> <tr><td>๘</td><td>เลิงนกทา</td></tr> <tr><td>๙</td><td>ไทยเจริญ</td></tr> </table>	๑	เมือง	๒	ทรายมูล	๓	กุดชุม	๔	คำเขื่อนแก้ว	๕	ป่าดิว	๖	มหาชนะชัย	๗	ค้อวัง	๘	เลิงนกทา	๙	ไทยเจริญ			
๑	เมือง																						
๒	ทรายมูล																						
๓	กุดชุม																						
๔	คำเขื่อนแก้ว																						
๕	ป่าดิว																						
๖	มหาชนะชัย																						
๗	ค้อวัง																						
๘	เลิงนกทา																						
๙	ไทยเจริญ																						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานและประสานงานจังหวัด	<p>๑. นางสาวรณิ แสสนสุข หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๙๖๒๔ ๑๑๔๕๑</p> <p>๒. นางอารีรัตน์ เนติวัชรเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๙๙๙ ๔๙๘๒</p>																						

KPI ๑๐ ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

หมวด	Service Excellence (บริการเป็นเลิศ) : Functional based (ระบบงานของหน่วยบริการ) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อโดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำหัวหน้าปกครอง และเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับหัวหน้าปกครอง ท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชน และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมาย รวมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน ๘๗๘ แห่ง</p> <p>กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่นตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าว ที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย ๒ ใน ๓ ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ ๒) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล ๓) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง

	(อ้างอิง : บวรศม ลีระพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, ๒๕๕๙)								
เกณฑ์เป้าหมาย	อำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๗๕								
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑								
เกณฑ์ประเมิน ปี ๒๕๖๔									
เกณฑ์การประเมิน	ประเมินความสำเร็จของอำเภอ ในดำเนินงาน ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ และพขอ.ที่มีคุณภาพดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง								
เกณฑ์เป้าหมาย: การประเมิน พขอ. <table border="1" data-bbox="134 846 1315 949"> <thead> <tr> <th>ค่าคะแนน</th> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนนการประเมิน</td> <td>๐-๒๐</td> <td>๒๑-๒๕</td> <td>๒๖-๓๐</td> </tr> </tbody> </table>		ค่าคะแนน	๑	๒	๓	คะแนนการประเมิน	๐-๒๐	๒๑-๒๕	๒๖-๓๐
ค่าคะแนน	๑	๒	๓						
คะแนนการประเมิน	๐-๒๐	๒๑-๒๕	๒๖-๓๐						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการประเมิน Ranking ประเมิน พขอ. คุณภาพ ตามเกณฑ์								
แหล่งข้อมูล	๑. เอกสารตามเกณฑ์ พขอ.คุณภาพตามเกณฑ์ ๒. สัมภาษณ์คณะกรรมการ พขอ.								
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ ไตรมาส ๒ รอบที่ ๒ ไตรมาส ๔								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานและประสานงานจังหวัด	๑. นางสาวรณิ แสนสุข หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๙๖๒๔ ๑๑๔๕๑ ๒. นางอารีรัตน์ เนติวัชรเวช พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๙๙๙ ๔๙๘๒								

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เกณฑ์การประเมินผลการปฏิบัติราชการ (Ranking) การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

Objective = เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑

KR๑ = ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๗๕

KR๒ = พชอ.ที่มีคุณภาพ ดูแลคุณภาพชีวิตกลุ่มเปราะบาง ตามบริบทของอำเภอ

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนน
๑	พชอ.ที่มีคุณภาพ	๑.การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย ๒ เรื่อง	๑๕
		๑.๑ มีคำสั่งคณะกรรมการ พชอ. ที่เป็นปัจจุบัน - มี เป็นปัจจุบัน = ๑ - มี ไม่เป็นปัจจุบัน = ๐	๒
		๑.๒ มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างน้อย ๒ ประเด็น (หลักฐานการประชุม/รายงานการประชุม) - มีครบ และสมบูรณ์ = ๓ - มีแต่ไม่ครบ = ๒ - ไม่มี = ๐	๓
		๑.๓ คำสั่งคณะทำงาน ตามประเด็น พชอ. - มีครบทุกประเด็น = ๒ - มีแต่ไม่ครบ = ๑ - ไม่มี = ๐	๒
		๑.๔ มีแผนงาน/โครงการ ตามประเด็น พชอ. - มีครบทุกประเด็น = ๔ - มีแต่ไม่ครบ = ๓ - ไม่มี = ๐	๔
		๑.๕ มีสรุปผลการดำเนินงาน เป็นลายลักษณ์อักษร - มีครบ และสมบูรณ์ตามเป้าหมายการดูแล = ๔ - มีแต่ไม่ครบ = ๓ - ไม่มี = ๐	๔

ที่	ตัวชี้วัด	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนน
๒	พขอ. มีการดูแล คุณภาพชีวิตในกลุ่ม เปราะบาง	พขอ. มีการดูแลคุณภาพชีวิตในกลุ่มเปราะบาง	๑๕
		๒.๑ มีข้อมูล ในการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทพื้นที่ - มีข้อมูลกลุ่มเปราะบาง ๓ กลุ่ม ขึ้นไป = ๒ คะแนน - มีข้อมูลกลุ่มเปราะบาง น้อยกว่า ๓ กลุ่ม = ๑ คะแนน - ไม่มีข้อมูลกลุ่มเปราะบาง = ๐ คะแนน	๒
		๒.๒ พขอ.มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ กลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน - มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปาะบางครบตามข้อมูล ที่นำเสนอ = ๒ คะแนน - มีการกำหนดเป้าหมายในการดูแลกลุ่มเปาะบาง แต่ไม่ครบ ตามข้อมูลนำเสนอ = ๑ คะแนน - ไม่มีการกำหนดเป้าหมายเป้าหมายในการพัฒนา = ๐ คะแนน	๒
		๒.๓ พขอ.มีการจัดทำแผนงาน/โครงการในการดูแลกลุ่มเปาะบาง - มีแผนงานโครงการดูแลกลุ่มเปราะบางครบตามข้อมูลนำเสนอ=๓ - มีแผนงาน โครงการ ดูแลกลุ่มเปราะบาง แต่ไม่ครบตามข้อมูลที่ นำเสนอ =๒ -ไม่มีแผนงาน โครงการ ในการการดูแลกลุ่มเปราะบาง = ๐	๓
		๒.๔ พขอ. มีการบริหารจัดการบูรณาการ ทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการ พัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในกลุ่มเปราะบาง - มีการบริหารจัดการบูรณาการฯ มากกว่า ๓ หน่วยงาน/ องค์กร = ๔ - มีการบริหารจัดการบูรณาการฯ น้อยกว่า ๓ หน่วยงาน/ องค์กร = ๓ - ไม่มีการบริหารจัดการบูรณาการฯ = ๐	๔
๒.๕ คณะกรรมการ พขอ. มีการติดตามเสริมพลังและ ประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชน และ กลุ่มเปราะบาง ตามองค์ประกอบ UCCARE (หลักฐานการเยี่ยม เสริมพลัง และ เอกสารสรุปผลการประเมินตามเกณฑ์ UCCARE) - มีการเยี่ยมเสริมพลังประเมินผลงานตามเกณฑ์ UCCARE และมีการสรุปผลการดำเนินงานคะแนนตาม UCCARE = ๔ - มีการเยี่ยมเสริมพลังและประเมินผลงานตามเกณฑ์ UCCARE แต่ไม่มีเอกสารสรุป = ๓ - ไม่มีการประเมินตนเองตาม UCCARE = ๐	๔		

KPI ๑๑ ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว

หมวด	Governance Excellence (ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)								
แผน	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ								
ตัวชี้วัด	ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. ตีตดาว								
คำนิยาม	<p>๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)</p> <p>๒. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของ รพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตีตดาวที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย</p> <p>๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม ๓) บุคลากรที่ดี ๔) บริการดี ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี</p> <p>มีเกณฑ์ประเมินดังนี้</p> <p>หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการที่ดี</p> <p>หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย</p> <p>หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล</p> <p>หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย</p> <p>หมวด ๕ ผลลัพธ์</p> <p>โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้</p> <p>ร้อยละ ๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)</p> <p>ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ ๘๐ เท่ากับ ๕ ดาว</p> <p>๓. การรับรองผล จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ตีตดาว ระดับ ๕ ดาว โดยรักษาสภาพ ๒ ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่</p>								
เกณฑ์การประเมิน	ประเมินระบบพี่เลี้ยงสนับสนุน รพ.สต.ตีตดาว ระดับอำเภอ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ยังไม่ผ่านการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน รพ.สต.ตีตดาว								
<p>เกณฑ์เป้าหมาย:</p> <p>การประเมิน ระบบพี่เลี้ยงสนับสนุน รพ.สต.ตีตดาว</p> <table border="1"> <tr> <td>ค่าคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒.๕</td> <td>๓.๕</td> </tr> <tr> <td>คะแนนการประเมิน</td> <td>๐-๑๕</td> <td>๑๖-๒๐</td> <td>๒๑-๒๕</td> </tr> </table>		ค่าคะแนน	๑	๒.๕	๓.๕	คะแนนการประเมิน	๐-๑๕	๑๖-๒๐	๒๑-๒๕
ค่าคะแนน	๑	๒.๕	๓.๕						
คะแนนการประเมิน	๐-๑๕	๑๖-๒๐	๒๑-๒๕						

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดยโสธร จำนวน ๓๗ แห่ง สุ่มประเมินเป้าหมายอำเภอละ ๑ รพ.สต.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการประเมิน Ranking ประเมินระบบพี่เลี้ยงสนับสนุนสนับสนุน รพ.สต.ติดตาม ระดับอำเภอและสุ่มประเมินระบบพี่เลี้ยงสนับสนุนสนับสนุน รพ.สต.ติดตาม รพ.สต.เป้าหมาย อำเภอละ ๑ แห่ง
แหล่งข้อมูล	๑. เอกสารแสดงถึงระบบพี่เลี้ยงในระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ ๒. สัมภาษณ์ทีมพี่เลี้ยงสนับสนุน รพ.สต.ติดตาม ๓. สุ่มประเมินระบบพี่เลี้ยงสนับสนุน รพ.สต.ติดตาม ที่ รพ.สต.เป้าหมาย อำเภอละ ๑ แห่ง
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ ไตรมาส ๒ รอบที่ ๒ ไตรมาส ๔
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	๑.นางสุวรรณิ 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 ๒๕๖๔

รายละเอียดเกณฑ์การประเมิน

ประเมินระบบพี่เลี้ยงสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว ทั้ง ๕ หมวด

ประเมินรอบที่ ๑ (๕๐%) ประเมินรอบที่ ๒ (๕๐%) โดยมีเกณฑ์การประเมิน ๕ หัวข้อ

๑. โครงสร้างระบบพี่เลี้ยง รพ.สต.ติดดาว
๒. วิเคราะห์ส่วนขาดรายหมวด
๓. การวางแผนพัฒนาตามส่วนขาด
๔. การดำเนินการพัฒนาตามแผนที่วางไว้
๕. การประเมินผลการพัฒนา

ที่	ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จ	ค่าคะแนน
๑	ระบบพี่เลี้ยงการสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว หมวด ๑		๒๕%
	๑.๑ มีโครงสร้างระบบพี่เลี้ยง รพ.สต.ติดดาว หมวดที่ ๑	มีคำสั่ง ทีมพี่เลี้ยง หมวดที่ ๑ - มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร = ๐.๕ คะแนน - มีคำสั่งและมีการประชุมคณะทำงาน = ๐.๕ คะแนน	๑
	๑.๒ วิเคราะห์ส่วนขาดตามเกณฑ์มาตรฐาน ในหมวด ๑	- มีการวิเคราะห์ส่วนขาดครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการวิเคราะห์ = ๐ คะแนน	๑
	๑.๓ วางแผนพัฒนาตามประเด็นส่วนขาดร่วมกับ รพ.สต.	- มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร ครบทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการวางแผนตามส่วนขาด = ๐ คะแนน	๑
	๑.๔ การดำเนินการพัฒนาตามการวางแผน	- มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = ๐ คะแนน	๑
	๑.๕ การประเมินผลการพัฒนา รพ.สต.ติดดาวตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว	- มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = ๐ คะแนน	๑

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

๒	ระบบพี่เลี้ยงการสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว หมวด ๒		๑๕%
	๒.๑ มีโครงสร้างระบบพี่ เลี้ยง รพ.สต.ติดดาว	มีคำสั่ง ทีมพี่เลี้ยง หมวดที่ ๑ - มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร = ๐.๕ คะแนน มีคำสั่งและมีการประชุมคณะทำงาน = ๐.๕ คะแนน	๑
	๒.๒ วิเคราะห์ส่วนขาดตาม เกณฑ์มาตรฐาน ในหมวด ๒	- มีการวิเคราะห์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์เป็น ลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการวิเคราะห์ = ๐ คะแนน	๑
	๒.๓ วางแผนพัฒนาตาม ประเด็นส่วนขาดร่วมกับ รพ.สต.	- มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร ครบ ทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการวางแผนตามส่วนขาด = ๐ คะแนน	๑
	๒.๔ การดำเนินการพัฒนา ตามการวางแผน	- มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = ๐ คะแนน	๑
	๒.๕ การประเมินผลการ พัฒนา รพ.สต.ติดดาวตาม เกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติด ดาว	- มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = ๐ คะแนน	๑
๓	ระบบพี่เลี้ยงการสนับสนุน รพ.สต.ติดดาว หมวด ๓		๑๐%
	๓.๑ มีโครงสร้างระบบพี่ เลี้ยง รพ.สต.ติดดาว หมวดที่ ๓	มีคำสั่ง ทีมพี่เลี้ยง หมวดที่ ๑ - มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร = ๐.๕ คะแนน มีคำสั่งและมีการประชุมคณะทำงาน = ๐.๕ คะแนน	๑
	๓.๒ วิเคราะห์ส่วนขาดตาม เกณฑ์มาตรฐาน ในหมวด ๓	- มีการวิเคราะห์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์เป็น ลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่ ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการวิเคราะห์ = ๐ คะแนน	๑
	๓.๓ วางแผนพัฒนาตาม ประเด็นส่วนขาดร่วมกับ รพ.สต.	- มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร ครบ ทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน	๑

		- ไม่มีการวางแผนตามส่วนขาด = ๐ คะแนน	
	๓.๔ การดำเนินการพัฒนาตามการวางแผน	- มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = ๐ คะแนน	๑
	๓.๕ การประเมินผลการพัฒนา รพ.สต.ติดตามตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม	- มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = ๐ คะแนน	๑
๔	ระบบพี่เลี้ยงการสนับสนุน รพ.สต.ติดตาม หมวด ๔		๓๐%
	๔.๑ มีโครงสร้างระบบพี่เลี้ยง รพ.สต.ติดตาม หมวดที่ ๔	มีคำสั่ง ทีมพี่เลี้ยง หมวดที่ ๑ - มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร = ๐.๕ คะแนน มีคำสั่งและมีการประชุมคณะทำงาน = ๐.๕ คะแนน	๑
	๔.๒ วิเคราะห์ส่วนขาดตามเกณฑ์มาตรฐาน ในหมวด ๔	- มีการวิเคราะห์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการวิเคราะห์ = ๐ คะแนน	๑
	๔.๓ วางแผนพัฒนาตามประเด็นส่วนขาดร่วมกับ รพ.สต.	- มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร ครบทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการวางแผนตามส่วนขาด = ๐ คะแนน	๑
	๔.๔ การดำเนินการพัฒนาตามการวางแผน	- มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = ๐ คะแนน	๑
	๔.๕ การประเมินผลการพัฒนา รพ.สต.ติดตามตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม	- มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = ๐ คะแนน	๑
๕	ระบบพี่เลี้ยงการสนับสนุน รพ.สต.ติดตาม หมวด ๕		๒๐%
	๕.๑ มีโครงสร้างระบบพี่เลี้ยง รพ.สต.ติดตาม หมวดที่ ๕	มีคำสั่ง ทีมพี่เลี้ยง หมวดที่ ๑ - มีคำสั่งเป็นลายลักษณ์อักษร = ๐.๕ คะแนน มีคำสั่งและมีการประชุมคณะทำงาน = ๐.๕ คะแนน	๑

	๕.๒ วิเคราะห์ส่วนขาดตามเกณฑ์มาตรฐาน ในหมวด ๕	<ul style="list-style-type: none"> - มีการวิเคราะห์ครบตามเกณฑ์มาตรฐานและสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการวิเคราะห์และสรุปการวิเคราะห์เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่ครบตามเกณฑ์มาตรฐาน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการวิเคราะห์ = ๐ คะแนน 	๑
	๕.๓ วางแผนพัฒนาตามประเด็นส่วนขาดร่วมกับ รพ.สต.	<ul style="list-style-type: none"> - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร ครบทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการวางแผนการพัฒนาตามส่วนขาด เป็นลายลักษณ์อักษร แต่ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการวางแผนตามส่วนขาด = ๐ คะแนน 	๑
	๕.๔ การดำเนินการพัฒนาตามการวางแผน	<ul style="list-style-type: none"> - มีการพัฒนาตามแผน ครบทุกประเด็น = ๑ คะแนน - มีการพัฒนาตามแผน แต่ไม่ครบทุกประเด็น = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ = ๐ คะแนน 	๑
	๕.๕ การประเมินผลการพัฒนา รพ.สต.ติดตามตามเกณฑ์มาตรฐาน รพ.สต.ติดตาม	<ul style="list-style-type: none"> - มีการประเมินผลและสรุปผลการประเมินเป็นลายลักษณ์อักษร = ๑ คะแนน - มีการประเมินผลแต่ไม่มีการสรุปผลการประเมิน = ๐.๕ คะแนน - ไม่มีการประเมินผล = ๐ คะแนน 	๑

KPI ๑๒ ร้อยละของการจัดซื้อพร้อมของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา

หมวด	Governance Excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล)			
แผนงานนี้	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและคุณภาพการบริการจัดการภาครัฐ			
โครงการที่	โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส			
ลักษณะ	Leading Indicator			
ระดับการวัดผล	เขต กรม			
ชื่อตัวชี้วัดเชิงปริมาณ	ร้อยละของการจัดซื้อพร้อมของยาและ เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา			
คำนิยาม	<p>การจัดซื้อพร้อมของยา และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา หมายถึง การจัดซื้อพร้อมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขต ของยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗</p> <p>เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์</p> <p>ทั้งนี้ในระยะ ๑-๓ ปีแรก การจัดซื้อพร้อมให้นับรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองราคาร่วมที่ดำเนินการในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
	๒๐	๒๕	๓๐	๓๐
วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยามีการดำเนินการด้วยความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยา ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อพร้อม) และวิธีการจัดซื้อพร้อม (สืบราคาพร้อม/ราคาอ้างอิง และสอบราคา/e-market-bidding) ผ่านการรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์รายไตรมาส			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม			
รายการข้อมูล ๑	A = มูลค่าการจัดซื้อพร้อมของเวชภัณฑ์			
รายการข้อมูล ๒	B = มูลค่าการจัดซื้อเวชภัณฑ์ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๓			

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๔					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
		๓๐		๓๐	
วิธีการประเมินผล	เขตสุขภาพและกรม ดำเนินการได้ตามเกณฑ์เป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน	รายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์ ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
	ยา	ร้อยละ	๓๒.๗๓	๓๕.๓๐	๓๒.๑
	เวชภัณฑ์มีใช้ยา	ร้อยละ	๕๗.๑๓	๕๙.๓๒	๓๔.๑๗
	รวม	ร้อยละ	๘๙.๘๖	๙๔.๖๒	๖๖.๒๗
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นางธิดารัตน์ วิภูศิริทิพย์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ E-mail : jitthip๓๔@gmail.com		เภสัชกรชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๔๑๘๕๕๕๕๙		
	๒. นายยอดชาย นามบรรเทิง โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ E-mail : kasangamway@yahoo.co.th กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข		เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๒๘๒๙๓๗๒		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายยอดชาย นามบรรเทิง โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ E-mail : kasangamway@yahoo.co.th กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข		เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๒๘๒๙๓๗๒		

เกณฑ์การให้คะแนน KPI Ranking คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน

ลำดับ	ยุทธศาสตร์/ตัวชี้วัด	คะแนน	หมายเหตุ
๑	ร้อยละของการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยารวมของหน่วยงาน \geq ร้อยละ ๓๐ ๑.๑ ยา ๑.๒ วัสดุการแพทย์ ๑.๓ หัตถกรรม ๑.๔ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	๑๐ ๑๐ ๑๐ ๑๐	ผลรายงานมูลค่าจัดซื้อยารวม มูลค่า < ร้อยละ ๑๕ ได้ ๒ คะแนน มูลค่า ร้อยละ ๑๕ - ๑๙.๙๙ ได้ ๔ คะแนน มูลค่า ร้อยละ ๒๐ - ๒๔.๙๙ ได้ ๖ คะแนน มูลค่า ร้อยละ ๒๕ - ๒๙.๙๙ ได้ ๘ คะแนน มูลค่า ร้อยละ \geq ๓๐ ได้ ๑๐ คะแนน
๒	การรายงานการบริหารเวชภัณฑ์รายไตรมาส ผ่านศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์ กระทรวงสาธารณสุข ๑.๑ ยา ๑.๒ วัสดุการแพทย์ ๑.๓ หัตถกรรม ๑.๔ วัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์	๕ ๕ ๕ ๕	ทันเวลา ได้ ๒ คะแนน ไม่ทันเวลา ได้ ๐ คะแนน ถูกต้อง ได้ ๓ คะแนน ไม่ถูกต้องได้ ๐ คะแนน
คะแนนรวม		๖๐	

KPI ๑๓ อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

ชื่อตัวชี้วัด	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปากของประชาชนในพื้นที่ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐																								
คำนิยาม	อัตราการใช้บริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง อัตราการใช้บริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ทันตกรรมป้องกัน บริการรักษาทันตกรรมพื้นฐาน บริการทันตกรรมเฉพาะทาง และบริการฟื้นฟูสุขภาพช่องปากทั้งในหน่วยบริการและบริการเชิงรุกในชุมชนของประชาชนในพื้นที่																								
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐																								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในพื้นที่ทั้งหมด																								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Central กระทรวงสาธารณสุข																								
รายการข้อมูล ๑	จำนวนคนใหม่ที่รับบริการสุขภาพช่องปากในรอบปี (คนต่อสถานบริการ) จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> การเข้าถึงบริการ -> ทันตกรรม(บริการ) -> ข้อ ๑. ผู้ป่วยนอกที่รับบริการทาง ทันตกรรม รวมทุกสิทธิ (คนต่อสถานบริการ)																								
รายการข้อมูล ๒	ประชากรในพื้นที่ จากกลุ่มรายงานมาตรฐาน -> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก-> ข้อ ๑ OHSP อัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการทันตกรรมรวมทุกสิทธิ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน) (ใช้แบบความครอบคลุม)																								
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	รายการข้อมูล ๑ / รายการข้อมูล ๒ x ๑๐๐																								
<p>แนวทางการประเมินผล : แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๒ รอบ ดังนี้</p> <p>๑.การประเมิน รอบที่ ๑</p> <table border="1" data-bbox="248 1200 1409 1301"> <tr> <td>ค่าคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>ผลงาน</td> <td>๐</td> <td>๕</td> <td>๑๐</td> <td>๑๕</td> <td>๒๐</td> </tr> </table> <p>๒.การประเมิน รอบที่ ๒</p> <table border="1" data-bbox="248 1447 1409 1547"> <tr> <td>ค่าคะแนน</td> <td>๑</td> <td>๒</td> <td>๓</td> <td>๔</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>ผลงาน</td> <td>๐</td> <td>๑๐</td> <td>๒๐</td> <td>๓๐</td> <td>๔๐</td> </tr> </table>		ค่าคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ผลงาน	๐	๕	๑๐	๑๕	๒๐	ค่าคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ผลงาน	๐	๑๐	๒๐	๓๐	๔๐
ค่าคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																				
ผลงาน	๐	๕	๑๐	๑๕	๒๐																				
ค่าคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕																				
ผลงาน	๐	๑๐	๒๐	๓๐	๔๐																				
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ																								

ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. ทพญ. ปิยนุช มาลัย ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร

โทร ๐๘๗-๔๔๗๔๑๕๕ E-mail : nuch_dent@hotmail.com

๒. นางกาญจณี ศุภผลา ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร โทร ๐๖๑-๙๒๘๒๓๖๓ E-mail : kanjanee.sup@gmail.com

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

KPI ๑๔ ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)

ลำดับที่	ตัวชี้วัด	น้ำหนัก
๑.	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง	

โรงพยาบาล/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑ ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัด	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง (โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)		
คำนิยาม	ร้อยละความสำเร็จการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง หมายถึง หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดยโสธร โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง เพื่อป้องกันวิกฤติทางการเงินการคลังตามหลักเกณฑ์ดังนี้		
	๑. ระดับคะแนน Risk Scoring ผลงานจาก HDC		
	ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง(Risk scoring)	คำอธิบาย
	๑.กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		แสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
	๑.๑ CR<๑.๕	๑	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน/หนี้สินหมุนเวียน
	๑.๒ QR<๑	๑	QR = เงินสดรายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ / หนี้สินหมุนเวียน
	๑.๓ Cash<๐.๘	๑	Cash Ratio = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสด /หนี้สินหมุนเวียน
	๒.กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
	๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC<๐	๑	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียนหัก หนี้สินหมุนเวียน
	๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ	๑	ผลประกอบการสุทธิ

	(กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) NI < ๐		= รายได้-ค่าใช้จ่าย				
	๓.กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน รุนแรง มี ๒ มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลา เข้าสู่ปัญหาการเงิน ดู ได้ทั้ง ๒ มิติ เนื่องจากทั้ง ๒ มิติ มี ผลกระทบต่อความ อยู่รอดของหน่วย บริการ				
	๓.๑ มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่ เพียงพอรับการระดมเงินต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก และมี NI ติดลบ						
	-ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > ๖ เดือน	๐					
	-ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > ๓ไม่เกิน ๖ เดือน	๑					
	-ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ <= ๓ เดือน	๒					
	๓.๒ มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับการหนี้สินหมุนเวียน(กรณี NWC ติดลบ และมี NI เป็นบวก						
	-ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๖ เดือน	๒					
	-ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก > ๓ เดือน ไม่เกิน ๖ เดือน	๑					
	-ผลกำไรสามารถปรับ NWC เป็นบวก <= ๓ เดือน	๐					
	๓.๓ กรณี NWC และ NI เป็นบวก	๐					
	๓.๔ กรณี NWC และ NI เป็นลบ	๒					
	<p>๒. การดำเนินงานติดตามกำกับประสิทธิภาพด้านการเงิน ร้อยละ ๑๐๐ (คิดเป็น ๑๐ คะแนน)</p> <p>๒.๑ การควบคุมกำกับเกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score รพ. ร้อยละ ๕๐ (คิดเป็น ๕ คะแนน)</p> <table border="1" data-bbox="593 1832 1455 1926"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="593 1832 1284 1881">เกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score</td> </tr> <tr> <td data-bbox="593 1881 1284 1926">๑.การบริหารแผน Planfin ไม่เกิน ± ๕ % (๒ คะแนน)</td> <td data-bbox="1284 1881 1455 1926"></td> </tr> </table>			เกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score		๑.การบริหารแผน Planfin ไม่เกิน ± ๕ % (๒ คะแนน)	
เกณฑ์การประเมินประสิทธิภาพ Total Performance Score							
๑.การบริหารแผน Planfin ไม่เกิน ± ๕ % (๒ คะแนน)							

	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>๑.๑ Planfin รายได้</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>๑.๑ Planfin ค่าใช้จ่าย</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>๒.การบริหารต้นทุน Unit Cost ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. (๒ คะแนน)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Unit Cost OP</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>Unit Cost IP</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>๓.การบริหารค่าใช้จ่าย: ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR (๒ คะแนน)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>๓.๑ LC ค่าแรงบุคลากร</td> <td>๐.๕</td> </tr> <tr> <td>๓.๒ MC ค่ายา</td> <td>๐.๕</td> </tr> <tr> <td>๓.๓ MC ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์</td> <td>๐.๕</td> </tr> <tr> <td>๓.๔ MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์</td> <td>๐.๕</td> </tr> <tr> <td>๔. Productivity ที่ยอมรับได้ (๒ คะแนน)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>๔.๑ อัตราครองเตียง $\geq ๘๐\%$</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>๔.๒ CMI เกินเกณฑ์อ้างอิงกลุ่ม ประเภท Service Plan</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>๕. การบริหารจัดการภายในด้านการเงิน๗ ด้านต้องผ่าน๕ ใน๗ (Risk Score Plus) (๑ คะแนน)</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>๖. คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น (๑ คะแนน)</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>รวม</td> <td>๑๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๒.๒ การจัดเก็บรายได้ (รพ.สต.) ร้อยละ ๕๐ (คิดเป็น ๕ คะแนน)</p>	๑.๑ Planfin รายได้	๑	๑.๑ Planfin ค่าใช้จ่าย	๑	๒.การบริหารต้นทุน Unit Cost ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. (๒ คะแนน)		Unit Cost OP	๑	Unit Cost IP	๑	๓.การบริหารค่าใช้จ่าย: ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR (๒ คะแนน)		๓.๑ LC ค่าแรงบุคลากร	๐.๕	๓.๒ MC ค่ายา	๐.๕	๓.๓ MC ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์	๐.๕	๓.๔ MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	๐.๕	๔. Productivity ที่ยอมรับได้ (๒ คะแนน)		๔.๑ อัตราครองเตียง $\geq ๘๐\%$	๑	๔.๒ CMI เกินเกณฑ์อ้างอิงกลุ่ม ประเภท Service Plan	๑	๕. การบริหารจัดการภายในด้านการเงิน๗ ด้านต้องผ่าน๕ ใน๗ (Risk Score Plus) (๑ คะแนน)	๑	๖. คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น (๑ คะแนน)	๑	รวม	๑๐
๑.๑ Planfin รายได้	๑																																
๑.๑ Planfin ค่าใช้จ่าย	๑																																
๒.การบริหารต้นทุน Unit Cost ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ. (๒ คะแนน)																																	
Unit Cost OP	๑																																
Unit Cost IP	๑																																
๓.การบริหารค่าใช้จ่าย: ไม่เกินค่ากลางกลุ่ม รพ HGR (๒ คะแนน)																																	
๓.๑ LC ค่าแรงบุคลากร	๐.๕																																
๓.๒ MC ค่ายา	๐.๕																																
๓.๓ MC ค่าเวชภัณฑ์มีใช้ยาและวัสดุการแพทย์	๐.๕																																
๓.๔ MC ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์และการแพทย์	๐.๕																																
๔. Productivity ที่ยอมรับได้ (๒ คะแนน)																																	
๔.๑ อัตราครองเตียง $\geq ๘๐\%$	๑																																
๔.๒ CMI เกินเกณฑ์อ้างอิงกลุ่ม ประเภท Service Plan	๑																																
๕. การบริหารจัดการภายในด้านการเงิน๗ ด้านต้องผ่าน๕ ใน๗ (Risk Score Plus) (๑ คะแนน)	๑																																
๖. คะแนนตรวจสอบงบทดลองเบื้องต้น (๑ คะแนน)	๑																																
รวม	๑๐																																
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>การดำเนินงาน คิดเป็นคะแนนร้อยละ ๑๐๐ (คิดเป็น ๑๐ คะแนน)</p> <p>๑. การดำเนินงานส่วน รพ.คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๕๐ (คิดเป็น ๕ คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การดำเนินงานติดตามกำกับเครื่องมือประสิทธิภาพด้านการเงิน ร้อยละ ๕๐ <p>๒. การดำเนินงานส่วน รพ.สต. คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๕๐ (คิดเป็น ๕ คะแนน)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การจัดเก็บรายได้ (รพ.สต.) คิดเป็นคะแนน ร้อยละ เปรียบเทียบการเรียกเก็บเงินกับการให้บริการรายสิทธิ์ (HDC) คะแนนคิดตามสัดส่วนจำนวน รพ.สต. - ข้าราชการ (ร้อยละ ๑๒.๕) - ประกันสังคม (ร้อยละ ๑๒.๕) - อปท. (ร้อยละ ๑๒.๕) - พรบ. (ร้อยละ ๑๒.๕) 																																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดยโสธร โรงพยาบาล ๙ แห่ง และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ๑๑๓ แห่ง																																
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพ																																

	และหลักประกันสุขภาพ) http://hfo๖๔.cfo.in.th/ ๒. การวิเคราะห์จากโปรแกรม HDC เปรียบเทียบกับข้อมูลการโอนเงินจากแหล่งที่เกี่ยวข้อง																														
แหล่งข้อมูล	๑. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ http://hfo๖๔.cfo.in.th/ ๒. โปรแกรม HDC																														
รายการข้อมูล ๑	จำนวนคะแนนที่ได้ ร้อยละ																														
รายการข้อมูล ๒																															
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>การให้คะแนน : คะแนนคิดตามสัดส่วนร้อยละที่ได้</p> <p>๑. การดำเนินงานติดตามกำกับเครื่องมือประสิทธิภาพด้านการเงิน ร้อยละ ๕๐ (คิดเป็น ๕ คะแนน)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Total Performance Score</th> <th>Grade</th> <th></th> <th>ร้อยละ</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ ๘ คะแนน</td> <td>A</td> <td>ดีมาก</td> <td>๕๐</td> <td>๕</td> </tr> <tr> <td>≥ ๗ คะแนน แต่ < ๘ คะแนน</td> <td>B</td> <td>ดี</td> <td>๔๐</td> <td>๔</td> </tr> <tr> <td>≥ ๖ คะแนน แต่ < ๗ คะแนน</td> <td>C</td> <td>พอใช้</td> <td>๓๐</td> <td>๓</td> </tr> <tr> <td>≥ ๕ คะแนน แต่ < ๖ คะแนน</td> <td>D</td> <td>ต้องปรับปรุง</td> <td>๒๐</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td>< ๕ คะแนน</td> <td>F</td> <td>ไม่ผ่าน</td> <td>๐</td> <td>๐</td> </tr> </tbody> </table> <p>๑.๓ การดำเนินงานส่วน รพ.สต. คิดเป็นคะแนน ร้อยละ ๕๐ (คิดเป็น ๕ คะแนน) คะแนนคิดตามสัดส่วนจำนวน รพ.สต. - ข้าราชการ (ร้อยละ ๑๒.๕) - ประกันสังคม (ร้อยละ ๑๒.๕) - อปท. (ร้อยละ ๑๒.๕) - พรบ. (ร้อยละ ๑๒.๕)</p>	Total Performance Score	Grade		ร้อยละ	คะแนน	≥ ๘ คะแนน	A	ดีมาก	๕๐	๕	≥ ๗ คะแนน แต่ < ๘ คะแนน	B	ดี	๔๐	๔	≥ ๖ คะแนน แต่ < ๗ คะแนน	C	พอใช้	๓๐	๓	≥ ๕ คะแนน แต่ < ๖ คะแนน	D	ต้องปรับปรุง	๒๐	๒	< ๕ คะแนน	F	ไม่ผ่าน	๐	๐
Total Performance Score	Grade		ร้อยละ	คะแนน																											
≥ ๘ คะแนน	A	ดีมาก	๕๐	๕																											
≥ ๗ คะแนน แต่ < ๘ คะแนน	B	ดี	๔๐	๔																											
≥ ๖ คะแนน แต่ < ๗ คะแนน	C	พอใช้	๓๐	๓																											
≥ ๕ คะแนน แต่ < ๖ คะแนน	D	ต้องปรับปรุง	๒๐	๒																											
< ๕ คะแนน	F	ไม่ผ่าน	๐	๐																											
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาส ๑ และไตรมาส ๓																														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางณัทชดา จิรทวีธรรม เบอร์ติดต่อ : ๐ ๘๑๘๗๑๗๑๗๐ นางจุฑารัตน์ แก้วคุณ เบอร์ติดต่อ : ๐ ๘๖๘๖๘๖๖๖๐ นางเพ็ญแข สอาดยิ่ง เบอร์ติดต่อ : ๐ ๘๙๗๐๙๖๗๘๒																														
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางจุฑารัตน์ แก้วคุณ เบอร์ติดต่อ : ๐ ๘๖๘๖๘๖๖๖๐ นางเพ็ญแข สอาดยิ่ง เบอร์ติดต่อ : ๐ ๘๙๗๐๙๖๗๘๒																														

KPI ๑๕ อำเภอเมืองครุฑแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ

ชื่อตัวชี้วัด	อำเภอเมืองครุฑแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ
คำนิยาม	<p>องค์กรแห่งความสุข หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ (หน่วยงานส่วนกลาง เขตสุขภาพ สสจ. รพศ. รพท. รพช. สสอ. (รวม รพ.สต.) มีการขับเคลื่อนการดำเนินการองค์กรแห่งความสุข ส่ององค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน</p> <p>การสร้างสุขในองค์กร หมายถึง การดำเนินงานภายในองค์กรมุ่งเน้นการสร้างเสริมบุคลากรให้มีทั้งสุขภาพที่ดีและมีความสุขในการทำงาน โดยอาศัยหลักการ ๓ ประการคือ ๑) คนทำงานมีความสุข (Happy People) การจัดสมดุลชีวิตในการทำงานได้อย่างมีอาชีพ มีศีลธรรมอันดีงาม และเอื้ออาทรต่อตนเองและผู้อื่น ๒) ที่ทำงานน่าอยู่ (Happy Workplace) ที่ทำงานมีความปลอดภัย ดูแลความสุขในการทำงานของบุคลากรให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในการอยู่ร่วมกัน และมีการพัฒนาร่วมกัน และ ๓) การทำงานเป็นทีม (Happy Teamwork)</p> <p>องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข เพื่อเสนอคณะกรรมการ/คณะทำงานพิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพองค์กรแห่งความสุข</p> <p>เกณฑ์การประเมินคุณภาพองค์กรแห่งความสุข อยู่ระหว่างดำเนินการ โดยเมื่อดำเนินการแล้วเสร็จจะแจ้งเวียนไปยังทุกหน่วยงานเพื่อใช้ประกอบการดำเนินการต่อไป</p>
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ ๑๐๐ ของหน่วยงาน (รพ. และ สสอ.+รพ.สต.) เมืองครุฑแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข ส่ององค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน และเป็นรูปธรรม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระดับจังหวัด ได้แก่ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และสสอ. (รวม รพ.สต.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. หน่วยงาน (รพ. และ สสอ.+รพ.สต.) จัดส่งผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ ให้กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร</p> <p>๒. กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ตรวจสอบผลการดำเนินงานฯ</p>
แหล่งข้อมูล	เอกสารผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ. และ สสอ.+รพ.สต. ในอำเภอ ที่มีผลการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพและเป็นต้นแบบ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน รพ. และ สสอ.+รพ.สต. ทั้งหมดในอำเภอ (๒ หน่วยงานหลัก)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ตุลาคม ๒๕๖๓ – สิงหาคม ๒๕๖๔

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

KPI ๑๖ ร้อยละของคะแนนคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ

น้ำหนักคะแนน ๕

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของคะแนนคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
คำนิยาม	คุณภาพของระบบที่ใช้ในการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยและการบริการต่างๆ ของแต่ละหน่วยบริการ เช่น ในระดับโรงพยาบาลใช้โปรแกรม HOSxP ในการบันทึกบริการ ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต) หรือศูนย์สุขภาพชุมชน(PCU) ใช้โปรแกรม HOSxP PCU ในการบันทึกบริการ โดยมีการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วย ผู้มารับบริการ เชิงรายการ รายบุคคล รายหน่วยบริการ (Individual Data) โดยใช้โปรแกรมจัดการฐานข้อมูล ภายใต้โครงสร้างชุดข้อมูลที่มีมาตรฐานเดียวกันทุกหน่วยบริการ(Standard Data Set) และมีการเชื่อมโยงแบบรวมศูนย์(Data Center) เป็นคลังข้อมูลสุขภาพกลาง(Data Warehouse) ในระดับจังหวัด
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๘๐
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ได้ชุดข้อมูลที่มีมาตรฐานเดียวกันทุกหน่วยบริการ(Standard Data Set) และมีการเชื่อมโยงแบบรวมศูนย์(Data Center) เป็นคลังข้อมูลสุขภาพกลาง(Data Warehouse) ในระดับจังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย รายงานผลการดำเนินงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด-สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรวจสอบผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการ
รายการข้อมูล ๑	A = คะแนนที่ได้จากการประเมิน
รายการข้อมูล ๒	B = คะแนนเต็ม (๗๕ คะแนน)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking

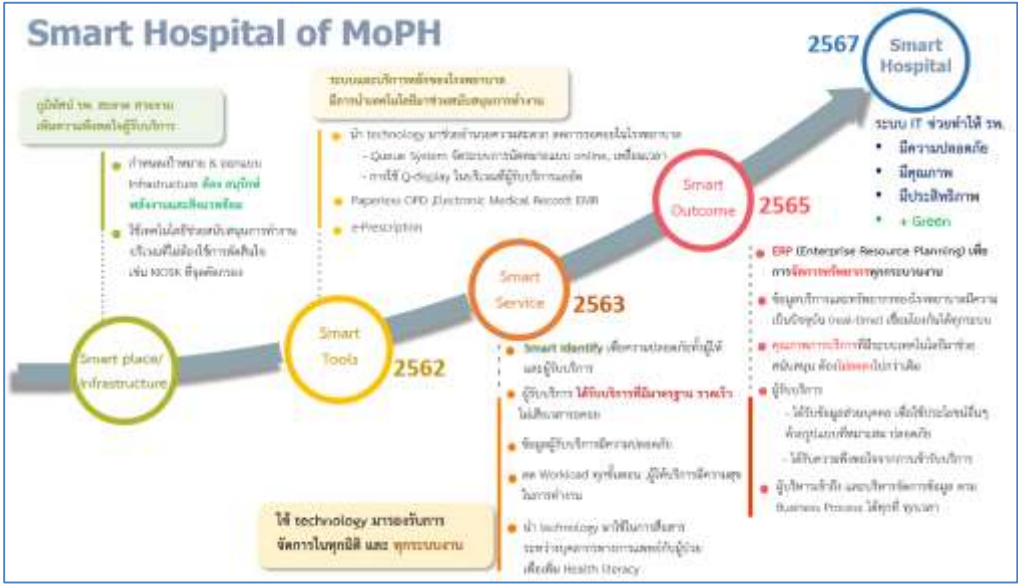
ชื่อ	เกณฑ์การให้คะแนน	ช่วงคะแนน				
		1	2	3	4	5
1	มีการส่งผลตรวจสอบ 43 แฟ้ม(M&E)อย่างถูกต้อง เป็นรายเดือน ตั้งแต่ ต.ค.63-เดือนปัจจุบัน ครบทุกเดือน	<85%	≥85%	≥90%	≥95%	100%
2	ผลตรวจสอบ43 แฟ้ม ด้วย OPPP2010 มีความถูกต้อง≥95%	<90%	≥90%	≥92%	≥95%	≥99%
3	ส่ง 43 แฟ้มทันเวลา≥90%	<80%	≥80%	≥85%	≥90%	≥95%
4	ใช้โปรแกรม/Version ที่ทันสมัย (ต่ำกว่า version ไม่เกิน 1 version) -โปรแกรมบันทึกบริการ HOSxP/HOSxP_PCU -โปรแกรมส่งออก43แฟ้ม BMSHOSxPStandard43Export. -โปรแกรมตรวจสอบคุณภาพ43แฟ้ม OPPP2010	ไม่ ทันสมัย				ทันสมัย
5	มีระบบการสำรองข้อมูล -หน่วยบริการสามารถแสดงไฟล์ Backup ได้ครบ 7 วันก่อนวันประเมิน (เขียนไฟล์ Backup ใส่ DVD ไฟล์ตรวจสอบ)	ไม่มี/ หรือ ไม่แสดง	1	3	5	7
6	ไม่มีคนตายไปรับบริการ	>0.05%	≤0.05%	≤0.03%	≤0.01%	ไม่มี
7	ไม่มีบริการ OP/PP ระหว่างที่เป็น IP(admit)	>0.05%	≤0.05%	≤0.03%	≤0.01%	ไม่มี
8	ICD10 ถูกต้อง ≥ 95%	<90%	≥90%	≥92%	≥95%	≥99%
9	CID Gen ≤1 %	>2.0%	≤2.0%	≤1.5%	≤1.0%	≤0.5%
10	CID ซ้ำซ้อน ≤1 %(type1,3)	>2.0%	≤2.0%	≤1.5%	≤1.0%	≤0.5%
11	Person typearea 1,3 เปรียบเทียบกับ DbPop(คน)	±>40%	±40%	±30%	±20%	±10%
12	Person typearea 1,3 ที่ป่วย DM/HT ได้รับการขึ้นทะเบียนโดยหน่วยบริการเอง	<80%	≥80%	≥85%	≥90%	≥95%
13	Labor เปรียบเทียบกับ ทะเบียนการเกิด Online(ราย)	±>20%	±20%	±15%	±10%	±5%
14	Postnatal เปรียบเทียบกับ ทะเบียนการเกิด Online(ราย)	±>20%	±20%	±15%	±10%	±5%
15	Newborn เปรียบเทียบกับ ทะเบียนการเกิด Online(คน)	±>20%	±20%	±15%	±10%	±5%

การกำหนดค่าคะแนน	ร้อยละ	คะแนน
	≥๘๐	๕
	๗๕-๗๙	๔
	๗๐-๗๔	๓
	๖๕-๖๙	๒
	<๖๕	๑
หน่วยงานที่รับประเมิน	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง	
วิธีรายงาน/ ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายอาคม มูลสาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ E-mail: akpati๒๐๐๔@gmail.com	

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

KPI ๑๗ ร้อยละของคะแนนผลการประเมิน Smart Hospital ของหน่วยบริการ

น้ำหนักคะแนน ๕

ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของคะแนนผลการประเมิน Smart Hospital ของหน่วยบริการ
<p>คำนิยาม</p>	<p>Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม</p>  <p>๑) Smart Place/Infrastructure</p> <p>โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ</p> <p>๒) Smart Tools</p> <p>โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัลรูปแบบออนไลน์</p> <p>๓) Smart Services</p> <p>โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนการงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนา</p>

องค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และพระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. ๒๕๖๒ เช่น การยกเลิกการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชน และเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลาการคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเลื่อนเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกันน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

๔) Smart Outcome

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการระบบงานให้มีความเชื่อมโยงกันได้อย่างอัตโนมัติ โดยนำระบบERP (Enterprise Resource Planning) มาใช้ โดยเฉพาะระบบหลักของโรงพยาบาล (Core Business Process) เพื่อให้มีระบบสารสนเทศที่ตอบสนองต่อการบริหารจัดการได้อย่างรวดเร็ว ป้องกันความเสี่ยงด้านการเงินการบัญชี การจัดซื้อจัดจ้างป้องกันปัญหาการขาดแคลน และความไม่สมดุลด้านทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรในระบบบริการ มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม และเพื่อเพิ่มคุณภาพระบบบริการ จัดการระยะเวลาคอยได้อย่างเหมาะสม

๕) Smart Hospital

โรงพยาบาลมีประสิทธิภาพในการจัดการ มี Unit Cost ในเกณฑ์ที่เหมาะสมสามารถเปรียบเทียบ (Benchmarking) กับหน่วยงานอื่นได้มีการจัดการและป้องกันความเสี่ยง (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 ในแต่ละแผนก 4.2 BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยงทุก Core Business Process แบบอัตโนมัติ 4.1 BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process
Smart Services	3.6 BPM : มีระบบ e-payment 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเลื่อนเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างกันน้อยอย่างเหมาะสม 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลาคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนถึงการรับบริการ อย่างน้อย 1 จุดบริการ 3.3 BPM : มีระบบสั่งการรักษาทงอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้ให้การรักษา (CPOE : Computerize Physician Order Entry) 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.1 BPM : ใช้ Smart Health ID แทนการเรียกเก็บสำเนาบัตรประชาชน
Smart Tools	2.3 Devices : มีการเชื่อมต่อของเครื่องมือแพทย์ อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 2.2 Queue : มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบ online อย่างน้อย 1 ช่องทาง 2.1 Queue : มีหน้าจอแสดงลำดับคิว หน้าห้องพบแพทย์ อย่างน้อย 1 จุด เพื่อลดความแออัดบริเวณหน้าห้องพบแพทย์
Smart Place	1.1 ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

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

	<p>** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนการงานที่มีประสิทธิภาพ</p> <ul style="list-style-type: none"> • รพ. ระดับ A, S, M๑, M๒ ๘๐% • รพ. ระดับ F๑, F๒, F๓ ๕๐% • รพ. นอกสังกัด สป. ๘๐%
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๘๐
วัตถุประสงค์	<ul style="list-style-type: none"> • เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย • 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	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking

ประเมินผล	
เกณฑ์การให้คะแนน	<p>สำหรับ KPI Ranking ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงานดังนี้</p> <p>๑) Smart Place</p> <p>๑.๑ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look (๑๐ คะแนน)</p> <p>๒) Smart Tools</p> <p>๒.๑ Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว หน้าห้องพบแพทย์ อย่างน้อย ๑ จุด เพื่อลดความแออัดบริเวณหน้าห้องพบแพทย์ (๑๐ คะแนน)</p> <p>๒.๒ Queue: มีช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการผ่านทางระบบ online อย่างน้อย ๑ ช่องทาง (๑๐ คะแนน)</p> <p>๒.๓ Devices: มีการเชื่อมต่อข้อมูลของเครื่องมือแพทย์อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ (๑๐ คะแนน)</p> <p>๓) Smart Services</p> <p>๓.๑ BPM : ใช้ Smart Health ID แทนการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชน (๑๐ คะแนน)</p> <p>๓.๒ BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) (๑๐ คะแนน)</p> <p>๓.๓ BPM: มีระบบสั่งการรักษาทางอิเล็กทรอนิกส์โดยผู้ให้การรักษา (CPOE : Computerize Physician Order Entry) (๑๐ คะแนน)</p> <p>๓.๔ BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ ตั้งแต่เริ่มต้นเข้ารับบริการจนถึงสิ้นสุดการรับบริการอย่างน้อย ๑ จุดบริการ (๑๐ คะแนน)</p> <p>๓.๕ BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลือมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม (๑๐ คะแนน)</p> <p>๓.๖ BPM : มีระบบ e-payment (๑๐ คะแนน)</p>

การกำหนดค่าคะแนน	ร้อยละ	คะแนน
	≥ ๘๐	๕
	๗๐-๗๙	๔
	๖๐-๖๙	๓
	๕๐-๕๙	๒
	< ๕๐	๑
หน่วยงานที่รับประเมิน	โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน	
วิธีรายงาน/ ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking	
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายอาคม มูลสาร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงาน พัฒนาศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ E-mail: akpati๒๐๐๔@gmail.com	

KPI ๑๘ ร้อยละ ๕๕ ของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)

KPI ๑๙ ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติด ตามเป้าหมายในระบบสมัครใจได้รับการค้นหาคัดกรองแบบบูรณาการ และนำเข้าสู่การบำบัดรักษายาเสพติดในสถานบริการทุกระดับ

ตัวชี้วัด	<p>๑.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)</p> <p>๒.ร้อยละ ๑๐๐ ของผู้ใช้ผู้เสพยาเสพติด ตามเป้าหมายในระบบสมัครใจได้รับการค้นหาคัดกรอง แบบบูรณาการ และนำเข้าสู่การบำบัดรักษายาเสพติดในสถานบริการทุกระดับ</p>
คำนิยาม	<p>๑.*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ ของสถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>*การดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดอย่างน้อย ๑ ปี</p> <p>๒.สถานบริการทุกระดับมีแผนบูรณาการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานศึกษา ในชุมชน และในสถานประกอบการ และดำเนินการตามแผนนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจตามเป้าหมาย</p>
เกณฑ์เป้าหมาย :	<p>๑. ร้อยละ ≥ 55</p> <p>๒. ร้อยละ ๑๐๐ (ตามเป้าหมายที่ได้รับจัดสรร)</p>
วัตถุประสงค์	<p>๑.ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษา ฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข</p> <p>๒.ผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจได้รับการค้นหาคัดกรองแบบบูรณาการและนำเข้าสู่การบำบัดรักษา</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษา ยาเสพติดของประเทศ หรือ บสต.
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล

KPI๑	รายการข้อมูล ๑ : ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วย เฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู รายการข้อมูล ๒ : ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ หรือเสียชีวิต
KPI๒	A:จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจภาพรวมอำเภอ B:เป้าหมายผู้ป่วยยาเสพติดในระบบสมัครใจของหน่วยงานภาพรวมอำเภอ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	Ranking ๒๕๖๔ (ตรวจสอบข้อมูลระดับจังหวัดทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน)
วิธีการประเมินผล	- สถานพยาบาลยาเสพติดสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับรวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา และบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผล โดยงานยาเสพติดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธรทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน หรือ ตัดข้อมูล real time ๑ วันก่อนวันออก Ranking

คำอธิบายและเกณฑ์การให้คะแนน : ความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด

๑. ความสามารถในการนำผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงในระบบสมัครใจเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลทุกระดับในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม อย่างต่อเนื่อง ตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดอย่างน้อย ๑ ปี มีการบันทึกข้อมูล บสต. และผ่านตัวชี้วัดร้อยละ ๕๕ (เทียบน้ำหนักคะแนน= ๒)

ค่าคะแนน	๐	๑	๒	๓	๔	๕
๑. ร้อยละ ≥ 55	< 35	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕

๒. สถานบริการทุกระดับมีแผนบูรณาการค้นหาคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเชิงรุกในสถานศึกษา ในชุมชน และในสถานประกอบการ และดำเนินการตามแผนนำผู้เสพยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจได้เท่ากับหรือมากกว่าเป้าหมายที่ได้รับจัดสรรรายปี (เทียบน้ำหนักคะแนน= ๒) โดยมีกระบวนการดำเนินงานดังนี้

๒.๑ จัดทำสรุปบททวน สถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ โดยระบุข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวกับสถานการณ์ยาเสพติด ในพื้นที่ ลงถึงระดับหมู่บ้าน/ชุมชนให้ครบถ้วน เพื่อใช้ประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดของหน่วยงาน (น้ำหนักคะแนน ๐.๕)

๒.๒ จัดทำแผนงาน/โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเสพติดในพื้นที่ และกำหนดตัวชี้วัด

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

ผลสำเร็จที่เป็นผลผลิต/ผลลัพธ์ที่วัดผลได้ชัดเจน เป็นรูปธรรม โดยตั้งเป้าหมายสอดคล้องตามตัวชี้วัดงานยาเสพติดของกระทรวงสาธารณสุข (น้ำหนักคะแนน ๐.๕)

๒.๓ บูรณาการค้นหา คัดกรองเชิงรุก ภาพรวมอำเภอและนำเข้าสู่การบำบัดรักษาได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ดูแลส่งต่อและเฝ้าติดตามอย่างต่อเนื่อง มีการบันทึกจัดเก็บข้อมูลครบถ้วนเป็นปัจจุบัน พร้อมทั้งสรุปผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ได้รับ (น้ำหนักคะแนน ๑)

ค่าคะแนน	๐	๑	๒	๓	๔	๕
๒.๓ ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมายบำบัดในระบบสมัครใจ	<๒๐	๒๐	๔๐	๖๐	๘๐	๑๐๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย ๓ปี ๔๔.๓๖)	๔๘.๕๗	๔๑.๒๓	๔๓.๕๓ ข้อมูล ณ วันที่ ๑ ต.ค. ๖๓)
หน่วยงานที่รับผิดชอบ	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ/รพ.สต.				
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	Ranking phase ๒๕๖๔ (ตรวจสอบข้อมูลระดับจังหวัดทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน)				
ผู้บริหารตัวชี้วัด	นายธีระพงษ์ แก้วภมร นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดยโสธร				
ผู้กำกับตัวชี้วัด	นางประทุมพร กวีกรรม นวท.สาธารณสุขเชี่ยวชาญ(ด้านส่งเสริมพัฒนา)				
ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด	นางนิภาภรณ์ ภาคพรหม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อและยาเสพติด				
ผู้ดูแลตัวชี้วัด	นางพิศมัย รัตนเดช ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๕-๗๑๒๒๓๓-๔ โทรสาร : ๐๔๕-๗๑๑๓๒๔ E-mail: pis_๔๔๔๔@outlook.co.th				

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

KPI ๒๐ ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ (น้ำหนักคะแนน = ๓)																
คำนิยาม	ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘																
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๔๐																
กลุ่มเป้าหมาย	-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ (Type area ๑,๓) : ผู้ป่วยเบาหวานเป็นผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD ๑๐ = E๑๐-E๑๔ -เครือข่ายบริการระดับอำเภอ																
วิธีการจัดเก็บ	-บันทึกข้อมูลผ่านระบบโปรแกรมของหน่วยบริการ HOS-XP/HOS-PCU -กระบวนการดำเนินงานของเครือข่ายระดับอำเภอ																
แหล่งข้อมูล	-รายงานตามระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร -เอกสารตามเกณฑ์การประเมิน																
การประมวลผลตัวชี้วัด (สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้																
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ระดับความสำเร็จ</th> <th>ระดับ ๑</th> <th>ระดับ ๒</th> <th>ระดับ ๓</th> <th>ระดับ ๔</th> <th>ระดับ ๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>คะแนน</td> <td>< ๑๐</td> <td>๑๐ - ๑๔</td> <td>๑๕ - ๑๙</td> <td>๒๐ - ๒๔</td> <td>๒๕-๓๐</td> </tr> </tbody> </table>					ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	คะแนน	< ๑๐	๑๐ - ๑๔	๑๕ - ๑๙	๒๐ - ๒๔	๒๕-๓๐
ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕												
คะแนน	< ๑๐	๑๐ - ๑๔	๑๕ - ๑๙	๒๐ - ๒๔	๒๕-๓๐												
หมายเหตุ	รายละเอียดตามแบบประเมิน																
หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ																
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking																
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด																	
ชื่อ-สกุล : นางสงศรี มูลสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ																
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : ๐๘๘ - ๕๘๔๕๘๒๘																
โทร : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓ ต่อ ๑๒๙	โทรสาร : ๐๔๕ - e-mail : songsri.m@gmail.com ๗๑๑๓๒๔																

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เกณฑ์การให้คะแนนประเมินระดับความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วย DM ให้อยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๑.	คุณภาพการกำหนดนโยบายในการแก้ปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๑.๑ มีการกำหนดเป็นนโยบายและปัญหาสำคัญ ๑.๒ มีแผนงาน/โครงการแก้ปัญหา ๑.๓ มีคณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ และมีนอกหน่วยงานร่วมเป็นกรรมการ และมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยการประชุมและวางแผนแก้ปัญหาร่วมกันอย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง	(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ (๓ คะแนน) มี ๒ ข้อ (๕ คะแนน) มี ๓ ข้อ	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน NCD Board ระดับอำเภอ - วาระการประชุม/รายงานการประชุม - แผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาล - ภาพถ่ายกิจกรรม
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๒.	กิจกรรมสนับสนุนการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๒.๑ แผนการตรวจ HbA๑c และ Lab ประจำปี ๒.๒ ส่งเสริมสนับสนุนการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี เช่น สมุดบันทึก วัสดุ/เครื่องมือ ความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ฯลฯ ๒.๓ ติดตามผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ตามเกณฑ์โดย อสม. CG อย่างต่อเนื่อง ๒.๔ ประเมินผลการดูแลและรักษา แก้ปัญหาร่วมกับสหวิชาชีพ โดยให้ผู้ป่วย/ญาติมีส่วนร่วมทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล	(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ (๓ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ (๕ คะแนน) มี ๔ ข้อ	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	-แผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ -เอกสารหลักฐาน สมุดบันทึก -แบบติดตาม ประเมินกลุ่มเป้าหมาย -ภาพกิจกรรม - แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ - บันทึกการนิเทศ ติดตามและประเมินผล

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๓.	คุณภาพการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ๓.๑ ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการเจาะ HbA๑c อย่างน้อย ๑ ครั้ง/ปี ๓.๒ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	(๑ คะแนน) <๓๐% (๒ คะแนน) >๓๐-๔๐% (๓ คะแนน) >๔๐-๕๐% (๔ คะแนน) >๕๐-๖๐% (๕ คะแนน) > ๗๐% (๑ คะแนน) <๑๐% (๒ คะแนน) >๑๐-๒๐% (๓ คะแนน) >๒๐-๓๐% (๔ คะแนน) >๓๐-๔๐% (๕ คะแนน) > ๔๐%	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๒ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๔ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน <input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๒ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๔ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๑๐ คะแนน)				
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๔.	กิจกรรมเพิ่มคุณภาพและลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ ลดการบริโภค บุหรี่/สุรา/เกลือ/หวาน/มัน และกิจกรรมทางกาย ทั้งในคลินิก บริการและในชุมชน ๔.๑ กิจกรรมลดการบริโภคบุหรี่/สุรา ๔.๒ กิจกรรมลด หวาน มัน เค็ม ๔.๓ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย ๔.๔ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด	(๑ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ (๓ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ (๕ คะแนน) มี ๕ ข้อ	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	- แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ - ภาพกิจกรรม - รายงานในระบบ HDC

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

	และตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต หัว ๔.๕ สร้างความรู้ด้านลดเสี่ยง ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง			
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๕.	<p>การสร้างความร่วมมือสู่ชุมชน โดยการสร้างชุมชนวิถีใหม่ ห่างไกล NCDs</p> <p>๕.๑ มีวิเคราะห์ชุมชนโดยชุมชนและผู้เกี่ยวข้อง</p> <p>๕.๒ มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ เพื่อแก้ปัญหา</p> <p>๕.๓ มีการกำหนดมาตรการชุมชน</p> <p>๕.๔ มีการจัดกิจกรรมลดเสี่ยง ลดโรคในชุมชน</p> <p>๕.๕ มีการติดตาม และประเมินผล</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑-๒ ข้อ</p> <p>(๓ คะแนน) มี ๓-๔ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๕ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p>	<p>-แบบรายงานผลการดำเนินงาน</p> <p>-ภาพกิจกรรม</p> <p>- บันทึกการนิเทศ ติดตามและประเมินผล</p>
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด (คะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน)				

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

KPI ๒๑ ระดับความสำเร็จร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๕ mL/min/๑.๗๓m^๒/yr มากกว่าร้อยละ ๖๖

ตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๕ mL/min/๑.๗๓m ^๒ /yr มากกว่าร้อยละ ๖๖ (น้ำหนักคะแนน = ๓)
คำนิยาม	CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ • eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการ คำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)
เกณฑ์เป้าหมาย	≥ ร้อยละ ๖๖
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N๑๘๑', 'N๑๘๒', 'N๑๘๓', 'N๑๘๔', 'N๑๘๕', 'E๑๐๒', 'E๑๑๒', 'E๑๒๒', 'E๑๓๒', 'E๑๔๒', 'N๑๘๓', 'I๑๒๐', 'I๑๒๕', 'I๑๓๐', 'I๑๓๑', 'I๑๓๒', 'I๑๓๕', 'I๑๔๑', 'N๑๒๑', 'N๑๒๒', 'N๑๒๓', 'N๑๒๔', 'N๑๒๕', 'N๑๒๖', 'N๑๒๗', 'N๑๒๘', 'N๑๒๙', 'N๑๓๑', 'N๑๓๒', 'N๑๓๓', 'N๑๓๔', 'N๑๓๕', 'N๑๓๖', 'N๑๓๗', 'N๑๓๘', 'N๑๓๙', 'N๑๔๑', 'N๑๔๒', 'N๑๔๓', 'N๑๔๔', 'N๑๔๕', 'N๑๔๖', 'N๑๔๗', 'N๑๔๘', 'N๑๔๙', 'N๑๕๑', 'N๑๕๒', 'N๑๕๓', 'N๑๕๔', 'N๑๕๕', 'N๑๕๖', 'N๑๕๗', 'N๑๕๘', 'N๑๕๙', 'N๑๖๑', 'N๑๖๒', 'N๑๖๓', 'N๑๖๔', 'N๑๖๕', 'N๑๖๖', 'N๑๖๗', 'N๑๖๘', 'N๑๖๙', 'N๑๗๑', 'N๑๗๒', 'N๑๗๓', 'N๑๗๔', 'N๑๗๕', 'N๑๗๖', 'N๑๗๗', 'N๑๗๘', 'N๑๗๙', 'N๑๘๑', 'N๑๘๒', 'N๑๘๓', 'N๑๘๔', 'N๑๘๕', 'N๑๘๖', 'N๑๘๗', 'N๑๘๘', 'N๑๘๙', 'N๑๙๑', 'N๑๙๒', 'N๑๙๓', 'N๑๙๔', 'N๑๙๕', 'N๑๙๖', 'N๑๙๗', 'N๑๙๘', 'N๑๙๙', 'N๒๐๑', 'N๒๐๒', 'N๒๐๓', 'N๒๐๔', 'N๒๐๕', 'N๒๐๖', 'N๒๐๗', 'N๒๐๘', 'N๒๐๙', 'N๒๑๑', 'N๒๑๒', 'N๒๑๓', 'N๒๑๔', 'N๒๑๕', 'N๒๑๖', 'N๒๑๗', 'N๒๑๘', 'N๒๑๙', 'N๒๒๑', 'N๒๒๒', 'N๒๒๓', 'N๒๒๔', 'N๒๒๕', 'N๒๒๖', 'N๒๒๗', 'N๒๒๘', 'N๒๒๙', 'N๒๓๑', 'N๒๓๒', 'N๒๓๓', 'N๒๓๔', 'N๒๓๕', 'N๒๓๖', 'N๒๓๗', 'N๒๓๘', 'N๒๓๙', 'N๒๔๑', 'N๒๔๒', 'N๒๔๓', 'N๒๔๔', 'N๒๔๕', 'N๒๔๖', 'N๒๔๗', 'N๒๔๘', 'N๒๔๙', 'Q๖๑๐', 'Q๖๑๑', 'Q๖๑๒', 'Q๖๑๓', 'Q๖๑๔', 'Q๖๑๕', 'Q๖๑๖', 'Q๖๑๗', 'Q๖๑๘', 'Q๖๑๙' ที่มี ๖๐ > eGFR ≥ ๑๕
วิธีการจัดเก็บ	ระบบรายงาน และการประเมินกระบวนการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	ผลงานระบบHDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ตรวจสอบเอกสารตามเกณฑ์การประเมิน
การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ)	จากคะแนนที่ได้

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เกณฑ์การให้คะแนน					
ระดับ ความสำเร็จ	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
คะแนน	< ๑๐	๑๐ - ๑๔	๑๕ - ๑๙	๒๐ - ๒๔	๒๕-๓๐

หมายเหตุ รายละเอียดตามแบบประเมิน

หน่วยงานที่ประเมิน	เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ
วิธีรายงาน/ความถี่ที่จัดเก็บ	๒ ครั้ง ในรอบการประเมิน KPI Ranking
ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
ชื่อ-สกุล : นางสาวศรี มูลสาร	ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
กลุ่มงาน/งาน : ควบคุมโรคไม่ติดต่อ	มือถือ : ๐๘๘ - ๕๘๔๕๘๒๘
โทร : ๐๔๕ - ๗๑๒๒๓๓ ต่อ ๑๒๙	โทรสาร : e-mail : songsri.m@gmail.com ๐๔๕ - ๗๑๑๓๒๔

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เกณฑ์การให้คะแนนประเมินระดับความสำเร็จระดับความสำเร็จของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR < ๕ ml/min/๑.๗๓m^๒/yr

หัวข้อ	ประเด็นการประเมิน	เกณฑ์	ผลการประเมิน	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๑.	<p>นโยบายกลไกการขับเคลื่อนเพื่อแก้ปัญหาลดและชะลอไตเสื่อม</p> <p>๑.๑ มีการกำหนดเป็นนโยบายและปัญหาสำคัญ</p> <p>๑.๒ มีการกำหนดมาตรการ ระดับอำเภอผ่าน พขอ.</p> <p>๑.๓ มีแผนงาน/โครงการแก้ปัญหาที่ชัดเจน</p> <p>๑.๔ มีคณะกรรมการ NCD Board ระดับอำเภอ โดยมีสหวิชาชีพหลักและนอกหน่วยงานร่วมเป็นกรรมการ ขับเคลื่อนการดำเนินงานแก้ปัญหาาร่วมกัน โดยการประชุมและวางแผนแก้ปัญหาาร่วมกัน อย่างน้อยปีละ ๓ ครั้ง</p> <p>๑.๕ มีการประเมินคลินิก CKD และมีแผนในการขับเคลื่อนการพัฒนา</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ</p> <p>(๓ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๔-๕ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p>	<p>- คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงาน NCD Board ระดับอำเภอ</p> <p>- วาระการประชุม/รายงานการประชุม</p> <p>- แผนงาน/โครงการ ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาลดและชะลอไตเสื่อม</p> <p>-แบบประเมิน/รายงาน</p> <p>-ภาพถ่ายกิจกรรม</p>
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๒.	<p>กิจกรรมสนับสนุนการลดและชะลอไตเสื่อม</p> <p>๒.๑ ตรวจคัดกรอง CKD ในกลุ่มป่วย DM&HT</p> <p>๒.๒ จัดบริการให้ความรู้ คำแนะนำและรณรงค์ลดเค็ม ในประชากรกลุ่มป่วย DM & HT และจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์</p> <p>๒.๓ มีการจัดกิจกรรมลดและชะลอไตเสื่อม ในสถานบริการและในชุมชน</p> <p>๒.๔ ติดตามเยี่ยมบ้าน โดย อสม.รักษั้ไต CG หมอครอบครัว</p> <p>๒.๕ สนับสนุนให้มีหมู่บ้าน/ชุมชนลดเค็ม อย่างน้อย ๑ แห่ง</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ</p> <p>(๓ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๔-๕ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p>	<p>-แผนการตรวจทางห้องปฏิบัติการ</p> <p>-เอกสารหลักฐาน สมุดบันทึก</p> <p>-แบบติดตาม ประเมินกลุ่มเป้าหมาย</p> <p>-ภาพกิจกรรม</p> <p>- แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ</p> <p>- บันทึกการนิเทศ ติดตามและประเมินผล</p>

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ พงศาวดาร

รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๓.	คุณภาพบริการในการลดและชะลอไตเสื่อม ๓.๑ ผู้ป่วยDM และ/หรือ HT ที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ได้รับการตรวจคัดกรอง CKD	(๑ คะแนน) <๔๐% (๒ คะแนน) >๔๐-๕๐% (๓ คะแนน) >๕๐-๖๐% (๔ คะแนน) >๖๐-๗๐% (๕ คะแนน) > ๘๐%	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๒ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๔ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	ข้อมูลจากระบบรายงาน HDC
	๓.๒ ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่เป็น CKD ๑-๔ และได้รับยา ACEi/ARB	(๑ คะแนน) <๓๐% (๒ คะแนน) >๓๐-๔๐% (๓ คะแนน) >๔๐-๕๐% (๔ คะแนน) >๕๐-๖๐% (๕ คะแนน) > ๖๐%	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๒ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๔ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	
	๓.๓ ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR <๕ ml/min/๑.๗๓m ^๒ /yr	(๑ คะแนน) <๔๕% (๒ คะแนน) ๔๕-๕๔% (๓ คะแนน) ๕๕-๕๙% (๔ คะแนน) ๖๐-๖๕% (๕ คะแนน) > ๖๖%	<input type="checkbox"/> ๑ คะแนน <input type="checkbox"/> ๒ คะแนน <input type="checkbox"/> ๓ คะแนน <input type="checkbox"/> ๔ คะแนน <input type="checkbox"/> ๕ คะแนน	
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๑๕ คะแนน)				

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

หัวข้อ	รายละเอียด	คะแนน	คะแนนที่ได้	หลักฐาน/เอกสารข้อมูล
๔.	<p>การบูรณาการเพื่อลดและชะลอไตเสื่อม</p> <p>๔.๑ มีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมให้กับเครือข่ายร่วมดำเนินการ เพื่อป้องกัน ควบคุม ดูแล โรคไตเรื้อรัง ในชุมชน</p> <p>๔.๒ มีทีมรักษาไต หรือ ทีมหมอครอบครัวหรือเครือข่ายเยี่ยมบ้าน โดยมีประเด็นการป้องกัน ควบคุมโรคไตเรื้อรังร่วมด้วย ๔.๓ กิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกาย</p> <p>๔.๓ มีระบบการส่งต่อเชื่อมโยง รพ.สต ในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care) สำหรับผู้ป่วย CKD stage ๓-๔ มีแผนและดำเนินงานตามแผนในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Home health care)</p> <p>๔.๔ มีกิจกรรมที่บูรณาการแผน Service Plan สาขา NCD , สาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน , สาขาโรคหัวใจ ฯลฯ</p>	<p>(๑ คะแนน) มี ๑ ข้อ</p> <p>(๓ คะแนน) มี ๒-๓ ข้อ</p> <p>(๕ คะแนน) มี ๔ ข้อ</p>	<p><input type="checkbox"/> ๑ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๓ คะแนน</p> <p><input type="checkbox"/> ๕ คะแนน</p>	<p>- แผนปฏิบัติการดำเนินงานเช่น ตารางให้ความรู้ ตารางการจัดกิจกรรม แผนการออกปฏิบัติงาน ฯลฯ</p> <p>- ภาพกิจกรรม</p> <p>- รายงานในระบบ HDC</p>
รวมคะแนนที่ได้ (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)				
รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด (คะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน)				

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ พงศกัญญาไสว

KPI ๒๒ ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)				
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	๒๘.โครงการกัญชาทางการแพทย์				
ระดับการแสดงผล	จังหวัด				
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ				
คำนิยาม	<p>๑. การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดการ บริการ คัดกรอง ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค จ่ายยา และให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยากัญชาปรุงผสม โดยและ/หรือร่วมกันระหว่างแพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพกำหนด</p> <p>๒. หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง</p> <p>๒.๑ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>๒.๒ โรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุข ตามกลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์ และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</p> <p>๒.๓ สถานพยาบาลภาคเอกชน หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๕๙ ที่ได้รับอนุญาตให้จำหน่าย (จ่าย) ยา ที่มีกัญชาปรุงผสม ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ.๒๕๖๒</p> <p>๓. ผู้ให้บริการ หมายถึง แพทย์แผนปัจจุบัน แพทย์แผนไทย หมอพื้นบ้าน ที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการส่งจ่ายยากัญชาได้ตามพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ และกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>๔. ยาที่มีกัญชาปรุงผสม หมายถึง สารสกัดกัญชา หรือตำรับยาแผนไทย หรือน้ำมันกัญชา</p>				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
	-	-	-	๐	ร้อยละ ๑๐๐
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ</p> <p>๒. เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการใช้ยาที่มีกัญชาปรุงผสมอย่างปลอดภัยให้กับประชาชน และบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๓. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์</p>				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการจัดบริการคลินิกกัญชาในสถานพยาบาลภาครัฐ จังหวัดยโสธร				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการที่เปิดให้บริการในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดยโสธร				

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

รายการข้อมูล ๒	B = โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดยโสธร			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔			
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๔				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	<p>๑. มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แบบ บูรณาการในโรงพยาบาล</p> <p>๒. มีคู่มือ แนวทางการ จัดบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) (กรมการแพทย์ กรมการ แพทย์แผนไทยฯ กรม สุขภาพจิต กบรส.สป. สบส.)</p> <p>๓. บุคลากรผู้คัดกรองและ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับ การอบรมความรู้การ จัดบริการคลินิกกัญชาทาง การแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์)</p> <p>๔. ประชาชนที่เข้ารับ บริการในคลินิกกัญชาทาง การแพทย์แบบบูรณาการ ได้รับความรู้ ความเข้าใจ และใช้ยาที่มีกัญชาปรุง ผสม รวมถึงผลิตภัณฑ์ สุขภาพจากกัญชงอย่าง ปลอดภัย</p> <p>๕. มียาที่มีกัญชาปรุงผสม จำนวนเพียงพอสำหรับ จ่ายให้ผู้ป่วย</p>	<p>มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แบบ บูรณาการในโรงพยาบาล ร้อยละ ๓๓ (จำนวน ๓ แห่ง)</p>	<p>มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์แบบ บูรณาการในโรงพยาบาล ร้อยละ ร้อยละ ๕๕ (จำนวน ๕ แห่ง)</p>	<p>มีการจัดบริการคลินิก กัญชาทางการแพทย์ แบบบูรณาการใน โรงพยาบาล ร้อยละ ร้อยละ ๑๐๐ (จำนวน ๙ แห่ง)</p>

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร				
เกณฑ์การให้คะแนน	กิจกรรม		คะแนน		
	ดำเนินการข้อ ๑		๑		
	ดำเนินการข้อ ๑และ ๒		๒		
	ดำเนินการข้อ ๑-๓		๓		
	ดำเนินการข้อ ๑-๔		๔		
	ดำเนินการข้อ ๑-๕		๕		
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) ๒. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ.๒๕๖๒ ๓. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
	-	-	-	-	๐
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕				

KPI ๒๓ ร้อยละรพ.สต.ที่มีบุคลากรแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)														
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)														
โครงการที่	๒๘.โครงการกัญชาทางการแพทย์														
ระดับการแสดงผล	จังหวัด														
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละรพ.สต.ที่มีบุคลากรแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์														
คำนิยาม	<p>๑. การจัดบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ หมายถึง ให้คำปรึกษาผู้ป่วยที่ต้องใช้ยาที่กัญชาปรุงผสม โดยแพทย์แผนไทย ตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพกำหนด</p> <p>๒. ยาที่มีกัญชาปรุงผสม หมายถึง สารสกัดกัญชา หรือตำรับยาแผนไทย หรือน้ำมันกัญชา</p>														
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๐</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๑</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๒</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๓</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๔</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>					ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	-	-	-	๐	ร้อยละ ๑๐๐
ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔											
-	-	-	๐	ร้อยละ ๑๐๐											
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์</p> <p>๒. เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการใช้ยาที่มีกัญชาปรุงผสมอย่างปลอดภัยให้กับประชาชน และบุคลากรสาธารณสุข</p> <p>๓. เพื่อเพิ่มศักยภาพหน่วยบริการสาธารณสุขในการใช้กัญชาทางการแพทย์</p>														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร														
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการจัดบริการคลินิกกัญชาในสถานพยาบาลภาครัฐ จังหวัดยโสธร														
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ ที่เปิดให้บริการในรพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดยโสธร														
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนรพ.สต. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดยโสธร ที่มีบุคลากรแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก														
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔														

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๔			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<p>๑. จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาปัญหาทางการแพทย์ในรพ.สต.</p> <p>๒. มีการจัดบริการให้คำปรึกษาปัญหาทางการแพทย์ในรพ.สต.</p> <p>๓. มีคู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกปัญหาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG) (กรมการแพทย์ กรมการแพทย์แผนไทยฯ กรมสุขภาพจิต กบรส.สป. สบส.)</p> <p>๔. บุคลากรแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชา (กรมพท.) และ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับการอบรมความรู้การจัดบริการคลินิกปัญหาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (กรมการแพทย์)</p> <p>๕. ประชาชนที่เข้ารับบริการในคลินิกให้คำปรึกษาปัญหาทางการแพทย์ในรพ.สต. ได้รับความรู้ ความเข้าใจ และ ใ้ช้ยาที่มีกัญชาปรุงผสม รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพจากกัญชงอย่างปลอดภัย</p>	<p>คลินิกให้คำปรึกษาปัญหาทางการแพทย์ในรพ.สต. จำนวน ๑๑ แห่ง</p>	<p>มีคลินิกให้คำปรึกษาปัญหาทางการแพทย์ในรพ.สต. จำนวน ๒๒ แห่ง</p>	<p>มีคลินิกให้คำปรึกษาปัญหาทางการแพทย์ในรพ.สต. จำนวน ๓๔ แห่ง</p>

วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร				
เกณฑ์การให้คะแนน	กิจกรรม		คะแนน		
	ดำเนินการข้อ ๑		๑		
	ดำเนินการข้อ ๑และ ๒		๒		
	ดำเนินการข้อ ๑-๓		๓		
	ดำเนินการข้อ ๑-๔		๔		
	ดำเนินการข้อ ๑-๕		๕		
เอกสารสนับสนุน	<p>๑. คู่มือ แนวทางการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ (Guidance/CPG)</p> <p>๒. พระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ฉบับที่ ๗) พ.ศ.๒๕๖๒</p> <p>๓. คู่มือการใช้งานระบบ C-MOPH กระทรวงสาธารณสุข / HPVC/AUR สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา</p>				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	-	-	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
	-	-	-	-	๐
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>นายวิเชียร ชนะชัย</p> <p>โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕</p>				

KPI ๒๔ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วย ศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

หมวด	Service Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านบริการเป็นเลิศ)			
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการที่	๑๗. พัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
ระดับการแสดงผล	จังหวัด			
ชื่อตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
คำนิยาม	<p>๑. ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน</p> <p>๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> -การรักษาด้วยยาสมุนไพร -การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ -การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การพอกยาสมุนไพรเพื่อการรักษา -การทาบหม้อเกลือ - การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาล นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - การฝังเข็ม - การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ หรือการบริการอื่นๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง <p>๔. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ๖๒	ปีงบประมาณ๖๓	ปีงบประมาณ๖๔	ปีงบประมาณ๖๕
	ร้อยละ ๑๘.๕	ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๒๐.๕	ร้อยละ ๒๑.๕
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพ ความครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม ๒. การรายงานจากจังหวัด			

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider)						
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ						
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔						
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๔ :							
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลของอำเภอ จากฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข						
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
	ผลงานร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก						
	ระดับโรงพยาบาลทั่วไป	๐	< ร้อยละ ๔	ร้อยละ ๕ - ๙	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป
	ระดับโรงพยาบาลชุมชน	๐	< ร้อยละ ๔	ร้อยละ ๕ - ๙	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป
	ระดับรพ.สต.	๐	< ร้อยละ ๔	ร้อยละ ๕ - ๙	ร้อยละ ๑๐ - ๑๔	ร้อยละ ๑๕ - ๑๙	ร้อยละ ๒๐ ขึ้นไป
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายวิเชียร ชนะชัย โทรศัพท์ ๐๙๓ ๑๒๕๖๙๙๕						

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

โครงการ	กิจกรรม	ตัวชี้วัด	คะแนน	น้ำหนักคะแนน	หมายเหตุ (คะแนนจริง)
โครงการพัฒนาระบบบริการงานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จังหวัดยโสธร	การจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีการจัดบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แบบบูรณาการ	๕	๕๐	๕
	จัดบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์ในรพ.สต.	ร้อยละรพ.สต.ที่มีบุคลากรแพทย์แผนไทยผ่านการอบรมหลักสูตรกัญชาของกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก จัดบริการคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์	๕	๒๐	๒
	พัฒนาระบบบริการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๕	๓๐	๓
รวม			๑๕	๑๐๐	๑๐

KPI ๒๕ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒

หน่วยวัด คะแนนผลการประเมินจากระบบ MITAS

ตัวชี้วัด	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒
ค่านิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้แนวคิด เปิดเผยข้อมูลสู่ความโปร่งใส (Open Data to Transparency) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน มุ่งเน้นหลักการประเมินตนเอง (Self Assessment) และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) มีประเด็นการประเมิน จำแนกออกเป็น ๙ ตัวชี้วัด ได้แก่ ๑. ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล ๒. ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ ๓. ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล ๔. ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส ๕. ตัวชี้วัดการรับสินบน ๖. ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ ๗. ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต ๘. ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน ๙. ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร</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. ๒๕๖๔</p> <p>๒. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร มีประสิทธิภาพประสิทธิผล ตามหลักธรรมาภิบาล</p> <p>๓. เพื่อนำผลการประเมินไปปรับปรุงพัฒนาตนเองด้านคุณธรรมและความโปร่งใส ในการ</p>

	ดำเนินงานของหน่วยงาน
เกณฑ์เป้าหมาย	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๘๒
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวม ๑๘ หน่วยงาน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ผลการประเมินเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ จากระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
เกณฑ์การให้คะแนน	น้ำหนักคะแนน คะแนน (ตามรายละเอียดที่แนบ)
ระยะเวลาประเมิน	๒ ครั้ง/ปี ครั้งที่ ๑ ไตรมาสที่ ๒ ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๘๒ ครั้งที่ ๒ ไตรมาสที่ ๔ ผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๘๒
วิธีการประเมินผล	จากผลการประเมินจากระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)
เอกสารสนับสนุน	๑.คู่มือแนวทางการตอบแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ๒.คู่มือผู้ตรวจประเมิน EBIT ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ๓.คู่มือการใช้งานระบบ MOPH Integrity and Transparency Assessment System (MITAS)
หน่วยงานที่รับการประเมิน	โรงพยาบาลทุกแห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ รวม ๑๘ หน่วยงาน
ผู้ให้ข้อมูลวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางวราภรณ์ นนทสามารถ นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ โทรศัพท์ ๐๘ ๘๑๙๐ ๔๘๕๙ นางกมลเนตร ลูกคำ เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน โทรศัพท์ ๐๙ ๓๔๔๑ ๑๒๕๙

ระดับคะแนนและระดับผลการประเมิน



คะแนน	ระดับผลการประเมิน
95.00-100	AA
85.00-94.99	A
75.00-84.99	B
65.00-74.99	C
55.00-64.99	D
50.00-54.99	E
0-49.99	F

KPI ๒๖ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ชื่อตัวชี้วัด	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันการฆ่าตัวตายสำเร็จ
<p>คำนิยาม</p>	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและ เจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ</p> <p>พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่ได้ทำการลงมือทำร้ายตนเองด้วยวิธีการต่างๆ และ มุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิต แต่ไม่ถึงเสียชีวิต และมีลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรง กับตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD -๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตาม เกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕)</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ หมายถึง ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือน ตุลาคม ๒๕๖๒ - กันยายน ๒๕๖๔ ด้วยวิธีการต่างๆเพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต แต่ยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และ ไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในช่วงเวลา ๑ ปี(ตุลาคม ๒๕๖๓ - กันยายน ๒๕๖๔)</p> <p>ระยะเวลา ๑ ปีหมายถึง นับตั้งแต่ ณ เดือนที่มารับบริการ จนถึงเดือนนี้ของปีถัดไป</p> <p>ตัวอย่าง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่ได้รับการวินิจฉัยด้วย รหัส X๖๐ เมื่อวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ภายหลังจากการได้รับการรักษาดูแลจนปลอดภัยกลับสู่ชุมชน จะยังคงได้รับการดูแล ติดตาม / เฝ้าระวัง ไม่เกิดการลงมือทำร้ายตนเองซ้ำใหม่อีกครั้งไม่ว่าจะวิธีการใดๆ จนถึงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ เป็นเวลา ๑ ปี</p> <p>หากพบว่า ผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ ได้มีการทำร้าย ตนเองในวันที่ ๑ มกราคม ๒๕๖๔ จะถือว่าการทำซ้ำ ในระยะเวลา ๑ ปีแต่หากว่าผู้พยายามฆ่าตัวตายรายนี้ มีการทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ภายหลังจากวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๔ จะถือว่าเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ ที่จะได้รับการติดตามดูแล ต่อเนื่องและเฝ้าระวังจนถึง วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๕ ต่อไป ไม่นับว่าเป็น การทำซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี เข้าถึงบริการ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๕ ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในจังหวัดของประเทศไทยและได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) ณ วันรับบริการ ตั้งแต่เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ - กันยายน ๒๕๖๔ เมื่อจำหน่ายกลับสู่ชุมชน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยบุคลากรสาธารณสุขและ/หรือ นัดมาติดตามประเมินอาการที่ สถานบริการ (Follow up) อย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายใน ๑๕ - ๓๐ วัน</p>
<p>วัตถุประสงค์</p>	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน ๒. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาทั้งในระบบพื้นที่ ภูมิภาคและประเทศต่อไป

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เป้าหมาย : ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จในพื้นที่ เป้าหมายย่อย : ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม ๒๕๖๒ – กันยายน ๒๕๖๔ ด้วยวิธีการต่างๆตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ เพื่อมุ่งหวังให้ตนเองเสียชีวิตแต่ไม่เสียชีวิต และยังคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อเพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางที่เหมาะสมจากหน่วยบริการจนปลอดภัย และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้งในช่วงเวลา ๑ ปีโดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม ๒๕๖๓ - กันยายน ๒๕๖๔)
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	เป้าหมาย : รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดย กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายย่อย : รวบรวมข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการสาธารณสุข โดยแยกตามรายจังหวัด รายเขตสุขภาพ จากกองยุทธศาสตร์และแผนงาน และศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (HDC) สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิตและรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง ๕๐๖ S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) กรมสุขภาพจิต
แหล่งข้อมูล	เป้าหมาย : ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย เป้าหมายย่อย : หน่วยบริการสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๓
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ (รายเก่าของปี ๒๕๖๓ + รายใหม่ ปี ๒๕๖๔)
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ (รายเก่าของปี ๒๕๖๓ + รายใหม่ ปี ๒๕๖๔)
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	เป้าหมาย : $(A/B) \times 100,000$ เป้าหมายย่อย: $(C/D) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	เป้าหมาย : ไตรมาส ๒ ไตรมาส ๔ เป้าหมายย่อย: ไตรมาส ๒ ไตรมาส ๔
วิธีการ ประเมินผล	จัดระดับความสำเร็จเป็น ๕ ขั้นตอน ขั้นตอนที่ ๑ มีคำสั่งคณะทำงาน/เครือข่าย/ดำเนินการใน พชอ. โดยมีการประชุมเป็นประจำทุกเดือน เพื่อ กำหนดนโยบาย วิเคราะห์ความเสี่ยงของพื้นที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผน ดำเนินการป้องกัน และแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายร่วมกัน ขั้นตอนที่ ๒ มีการประชาสัมพันธ์ รณรงค์ให้ความรู้ และสร้างความตระหนักรู้ในการป้องกันการฆ่าตัวตายในชุมชน ขั้นตอนที่ ๓ มีชุดปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ (Response Time) ภายใน ๑๐ นาที \geq ร้อยละ ๘๐ ขั้นตอนที่ ๔ มีนวัตกรรมในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ขั้นตอนที่ ๕ จำนวนการเสียชีวิตจากอัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จลดลงร้อยละ ๕ ของปีที่ผ่านมา และผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

เกณฑ์การให้คะแนน :																														
ระดับ คะแนน	ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)																													
	<table border="1"> <tr> <td>ขั้นตอนที่ ๑</td> <td>ขั้นตอนที่ ๒</td> <td>ขั้นตอนที่ ๓</td> <td>ขั้นตอนที่ ๔</td> <td>ขั้นตอนที่ ๕</td> </tr> <tr> <td>๑</td> <td>/</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>๒</td> <td>/</td> <td>/</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>๓</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td></td> </tr> <tr> <td>๔</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>๕</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> </table>	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕	๑	/				๒	/	/			๓	/	/	/		๔	/	/	/	/	๕	/	/	/
ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕																										
๑	/																													
๒	/	/																												
๓	/	/	/																											
๔	/	/	/	/																										
๕	/	/	/	/																										
เอกสารสนับสนุน :	<p>เอกสารด้านกระบวนการ</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. คำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน/กรรมการของเครือข่าย ๒. ทำเนียบเครือข่าย ๓. แผนงานโครงการ,งบประมาณ ๔. สรุปรายงานการประชุม (ทะเบียนข้อมูลผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตายรายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง ๕๐๖ S (กรณีเสียชีวิต และไม่เสียชีวิต) และสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ (Data Center) กรมสุขภาพจิต , รายงานสอบสวนโรคผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จและพยายามฆ่าตัวตาย ๕. ภาพกิจกรรมดำเนินงาน 																													
ผู้รับผิดชอบ	<ol style="list-style-type: none"> ๑. นางเบญจรัตน์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ๒. นางสาวนริศรา อารีรักษ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 																													

KPI ๒๗ ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตัวชี้วัด	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
คำนิยาม	ประชากร หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) โดยเป็นผู้ป่วยที่เข้าตามการคัดแยก ระดับ ๑ และระดับ ๒ ตามเกณฑ์การคัดแยก MOPH Triage ณ ห้องฉุกเฉิน ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด
หน่วยตัวชี้วัด	ร้อยละ
หน่วยของค่า A	ครั้ง
นิยามของค่า A	จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
หน่วยของค่า B	ครั้ง
นิยามของค่า B	จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) * 100$
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ ๒๖
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดยโสธร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) - จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดใน โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) ๒. จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit) - จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S และ M๑) สังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)

คู่มือประเมินผลการปฏิบัติงานหน่วยงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (Ranking) ปี ๒๕๖๔ จังหวัดยโสธร

ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔					
วิธีการประเมินผล	การเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับค่าเป้าหมายที่กำหนด ทุกไตรมาส					
	เกณฑ์การประเมิน					
	ช่วงประเมิน	๑	๒	๓	๔	๕
ไตรมาส ๒	<๑๐%	๑๐- ๑๔.๙๙%	๑๕- ๑๙.๙๙%	๒๐- ๒๔.๙๙%	≥ ๒๖%	
ไตรมาส ๔	<๑๐%	๑๐- ๑๔.๙๙%	๑๕- ๑๙.๙๙%	๒๐- ๒๔.๙๙%	≥ ๒๖%	
หน่วยงานที่รับการประเมิน	สสอ./รพ.					
เอกสารสนับสนุน	๑. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS หรือ ระบบ PA ภาครัฐ ๒. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจาก รพ.ระดับ A , S และ M๑ ภาครัฐ ทุกแห่ง					
ผู้รับผิดชอบ	๑. นางเบญจรัตน์ โพธิ์ศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ๒. นางนิตยา สีหานาถ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ					