



รายละเอียดตัวชี้วัด คปสอ.บ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

ประจำปีงบประมาณ 2025

PP&P
Excellence



Service
Excellence



Governance
Excellence



People
Excellence



วิสัยทัศน์

“ประชาชนสุขภาพดี ภาครัฐเข้มแข็ง
มุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับเขต”

พันธกิจ

- 01** **พันธกิจที่ 1**
ให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภค
- 02** **พันธกิจที่ 2**
ให้บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ
- 03** **พันธกิจที่ 3**
พัฒนาเครือข่ายสุขภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วม
ของชุมชนในการดูแลสุขภาพ
- 04** **พันธกิจที่ 4**
พัฒนาระบบบริหารจัดการ

ประเด็นยุทธศาสตร์

01

สร้างเสริม ป้องกันโรค พิ้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค ภัยพิบัติที่เกิดขึ้นใหม่ ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ

02

พัฒนาศักยภาพและคุณภาพรพ.สต.ให้สูงขึ้น สามารถเป็น Gate keeper ด้านรักษาพยาบาลปฐมภูมิ

03

พัฒนาศักยภาพของภาคีเครือข่ายสุขภาพในระดับ CUP ให้ประชาชนได้รับบริการแบบไร้รอยต่อ

04

สร้างเครือข่ายด้านสุขภาพในชุมชนให้ชุมชนสามารถพึ่งพิงตนเองได้มากขึ้นด้านสุขภาพด้วย Wellness Community

05

พัฒนาระบบบริหารจัดการและข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพให้เป็น Smart Cup

06

พัฒนาศักยภาพให้มีสมรรถนะด้านการรักษาพยาบาล สารสนเทศ และสามารถสร้างนวัตกรรมด้านสุขภาพ

คำนำ

รายละเอียดตัวชี้วัด คปสอ.บ้านฝ้อ อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 หน่วยงานรับผิดชอบใน ระดับอำเภอ จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของ คปสอ.บ้านฝ้อ “ประชาชนสุขภาพดี ภาครัฐเข้มแข็ง มุ่งสู่ความเป็นเลิศระดับเขต” ครอบคลุมความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการส่งเสริม ป้องกัน และคุ้มครองผู้บริโภค 2) ด้านให้บริการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิ 3) ด้านพัฒนาเครือข่ายสุขภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ และ 4) ด้านพัฒนาระบบบริหารจัดการ ภายใต้กรอบ 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ 11 เป้าประสงค์ และ 31 ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อมทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว และเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

งานยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลบ้านฝ้อ
กรกฎาคม 2568

สารบัญ

ตัวชี้วัดที่

ชื่อตัวชี้วัด

เป้าประสงค์ที่ 1 ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึง คัดกรอง การส่งเสริม ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพที่ได้คุณภาพ

1. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
2. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
 - 2.1 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM
 - 2.2 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก
 - 2.3 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า
 - 2.4 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA 4I
3. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free)
4. ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)
5. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
6. ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ได้รับการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง
 - 6.1 ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ 15-19 ปี
7. ร้อยละคนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
 - 7.1 ร้อยละของเจ้าหน้าที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
8. คะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 - 8.1 ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์
 - 8.2 ร้อยละของผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับการบริการตามเกณฑ์
9. ร้อยละของผู้ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็ง
 - 9.1 ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 9.2 ร้อยละของสตรีอายุ 30-70 ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)
 - 9.3 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง
 - 9.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
 - 9.5 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
10. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (2 KPIs)
 - 10.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
 - 10.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
11. ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4
12. ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน wellness community
 - 12.1 อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด
 - 12.2 อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type 1/2)
13. ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ในการมีและใช้ระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ จังหวัดอุดรธานี Phase 2

สารบัญ

ตัวชี้วัดที่

ชื่อตัวชี้วัด

เป้าประสงค์ที่ 2 ลดอัตราการป่วย อัตราตาย ภัยคุกคามสุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่

14. อัตราการป่วยรวม

14.1 อัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร

14.2 อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่

14.3 ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ

15. อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 11.78 ต่อแสนประชากร

16. ระดับความสำเร็จอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง จำนวน 1 ศูนย์

เป้าประสงค์ที่ 3 ประชาชนได้รับการคุ้มครองสุขภาพ

17. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอ

18. คะแนนเฉลี่ยต่อวงน้ำหนัก มาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพและการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียน ด้านสุขภาพ

19. ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSh) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับดีขึ้น)

เป้าประสงค์ที่ 4 ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

20. ร้อยละของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (3S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้

เป้าประสงค์ที่ 5 sw.สต. มีศักยภาพในการดูแลรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ประชาชนเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการ

21. สัดส่วนการรับบริการ OP visit sw.สต. : sw. (สัดส่วน 60:40)

22. ร้อยละความพึงพอใจ

22.1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน sw.สต.

22.2 ร้อยละความพึงพอใจของผู้ใช้บริการใน sw.สต.

เป้าประสงค์ที่ 6 sw.สต. ให้การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพผ่านเกณฑ์การประเมิน สถานบริการระดับปฐมภูมิ

23. จำนวน PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการหน่วยปฐมภูมิ และมีบริการตามเกณฑ์

24. จำนวน sw.สต. ที่มีอัตราการใช้จ่ายยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

สารบัญ

ตัวชี้วัดที่

ชื่อตัวชี้วัด

เป้าประสงค์ที่ 7 ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อและได้รับการส่งต่อในกลุ่มอาการวิกฤติที่มีประสิทธิภาพทันเวลา

- 25. ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท 3
- 26. ร้อยละการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 มีอาการคงที่และดีขึ้น

เป้าประสงค์ที่ 8 ชุมชนมีเครือข่ายสุขภาพที่สามารถดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลของตนเองขึ้นพื้นฐานได้มากขึ้น ด้วยระบบแพทย์ผสมผสาน

- 27. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการอำเภอ Wellness Community
- 27.1 จำนวน sw.สต. ที่ดำเนินการจัดตั้ง Wellness Center

เป้าประสงค์ที่ 9 เป็น CUP ที่มีธรรมาภิบาลการจัดการที่ทันสมัยและระบบข้อมูล สารสนเทศ ที่ถูกต้อง ครบถ้วน ปลอดภัยและเป็นปัจจุบัน

- 28. จำนวน sw.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ Smart IT
- 29. ร้อยละความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด

เป้าประสงค์ที่ 10 บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน สามารถสร้างองค์ความรู้ และนวัตกรรมด้านสุขภาพ

- 30. การพัฒนางานวิจัย เพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่
- 30.1 วิจัยและนวัตกรรม
- 30.2 CQI
- 30.3 R2R
- 30.4 ร้อยละของบุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน

เป้าประสงค์ที่ 11 บุคลากรมีสุขภาพดีเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพแก่ประชาชนและมีความสุข

- 31. ค่าคะแนนความสำเร็จในการประเมินบุคลากรที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)
- 31.1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)
- 31.2 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)

เป้าประสงค์ที่ 1

ประชาชนทุกกลุ่มวัยเข้าถึง คัดกรอง
การส่งเสริม ป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพ
ที่ได้คุณภาพ



KPI Template งานกลุ่มการพยาบาล (งานฝากครรภ์) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	คปสอ. บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๑. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์				
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการเพื่อตรวจและลงทะเบียนการตั้งครรภ์กับสถานพยาบาลภายในช่วงอายุครรภ์ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ (First ANC Visit Date) ณ สถานบริการนั้นๆในช่วงระยะเวลาที่กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๘๕		๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
วัตถุประสงค์	หญิงตั้งครรภ์เข้ามาใช้บริการรวดเร็วเพื่อคัดกรองความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆวางแผนการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างเหมาะสม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.รายงานประจำเดือน ๒.ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)				
แหล่งข้อมูล	งานฝากครรภ์โรงพยาบาลบ้านผือ (PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในเขตอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี				
ระยะเวลาประเมินผล	๑. ทุกไตรมาสที่ ๑,๒,๓ และ ๔ ๒. รายปี				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์ประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๙๕		ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕
วิธีการประเมินผล	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ สามารถใช้วิธีการประเมินผล ดังนี้ รายการข้อมูล ที่ ๑ : A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม LABOR รายการข้อมูล ที่ ๒ : B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ANC สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๕				

วิธีการประเมินผล	เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้				
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน		
	๑	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๑	๑		
	๒	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๘๒	๒		
	๓	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๘๓	๓		
	๔	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๘๔	๔		
	๕	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๕	๕		
เอกสารสนับสนุน:	๑. สมุดฝากครรภ์ที่ส่งมาที่คลินิกการฝากครรภ์ครั้งแรก (Fiest ANC Visit Date) ๒. จากผลการตรวจอัลตราซาวด์ของมารดาที่ลงทะเบียนฝากครรภ์ครั้งแรก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data(ปี๒๕๖๗)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ	๙๕.๕๑	๙๓.๐๗	๘๓.๐๖
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางอภิสร่า พุทธาศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๗ ต่อ ๑๓๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๑๗๑๕๑๙๓๙				

KPI Template งานปฐมภูมิและองค์กรรวม (เด็กปฐมวัย) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๒. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย ๒.๑ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM ๒.๒ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ๒.๓. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า
คำนิยาม	เด็ก ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐) การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑ : มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๒๕๗๒
๒.ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕
๒.๑ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๙๙
๒.๒ ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕
๒.๓. ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า	ร้อยละ ๙๙	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์	๑. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย ๒. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ๓. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพเพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการของเด็ก ๐ - ๕ ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. เด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตอำเภอบ้านฝาง ที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กจริง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง และโรงพยาบาลบ้านฝาง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และส่งข้อมูลขึ้นไปในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) ของจังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งในพื้นที่เขตอำเภอบ้านฝาง
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาส ๑,๒,๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘

ชื่อตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๒.ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖
๒.๑ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕
๒.๒ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๓๕
๒.๓. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า	ร้อยละ ๙๙	ร้อยละ ๙๙	ร้อยละ ๙๙	ร้อยละ ๙๙

วิธีการ

ประเมินผล :

๒. ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย

A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่มีผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกผ่านครบ ๕ ด้าน

B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าครั้งแรก ได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน และผลการตรวจคัดกรองซ้ำผ่านครบ ๕ ด้าน

C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด

สูตรการคำนวณ : (A+B/C) x ๑๐๐

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๖

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย ≤ ร้อยละ ๘๒	๑
๒	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๓	๒
๓	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๔	๓
๔	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ๘๕	๔
๕	ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย ≥ ร้อยละ ๘๖	๕

๒.๑ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM

A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการคัดกรองผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองครั้งแรก (สมวัยครั้งที่ ๑) และประเมินซ้ำ แล้วผลการประเมินผ่าน ครบ ๕ ด้าน ภายใน ๓๐ วัน (สมวัยครั้งที่ ๒) (๑B๒๖๐)

B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในเวลาที่กำหนด

สูตรการคำนวณ : A/B x ๑๐๐

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๕

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM ≤ ร้อยละ ๙๑	๑
๒	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM ร้อยละ ๙๒	๒
๓	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM ร้อยละ ๙๓	๓
๔	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM ร้อยละ ๙๔	๔
๕	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM ≥ ร้อยละ ๙๕	๕

๒.๒ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก

A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ตั้งแต่ ๑ ด้าน หรือ มากกว่า (คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๑) (๑B๒๖๑)

B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบพัฒนาการล่าช้าต้องส่งต่อทันที (คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๑) (๑B๒๖๒)

C = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)

วิธีการ ประเมินผล :	สูตรการคำนวณ : $(A+B/C) \times 100$ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๓๕ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก $\leq$ ร้อยละ ๓๑</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๒</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๓</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๔</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก $\geq$ ร้อยละ ๓๕</td><td>๕</td></tr></table> ๒.๓. ร้อยละของเด็ก ๐ - ๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘ , ๓๐ ,๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ตั้งแต่ ๑ ด้าน หรือ มากกว่า (คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๑) (๑B๒๖๑) ได้รับการติดตามเพื่อกระตุ้นพัฒนาการภายใน ๓๐ วัน B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘ , ๓๐ ,๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า ตั้งแต่ ๑ ด้าน หรือ มากกว่า (คัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๑) (๑B๒๖๑) สูตรการคำนวณ : $A/B \times 100$ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๙ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า $\leq$ ร้อยละ ๙๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๙๖</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๙๗</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๙๘</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า $\geq$ ร้อยละ ๙๙</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก $\leq$ ร้อยละ ๓๑	๑	๒	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๒	๒	๓	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๓	๓	๔	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๔	๔	๕	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก $\geq$ ร้อยละ ๓๕	๕	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า $\leq$ ร้อยละ ๙๕	๑	๒	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๙๖	๒	๓	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๙๗	๓	๔	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๙๘	๔	๕	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า $\geq$ ร้อยละ ๙๙	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																																			
๑	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก $\leq$ ร้อยละ ๓๑	๑																																			
๒	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๒	๒																																			
๓	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๓	๓																																			
๔	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ร้อยละ ๓๔	๔																																			
๕	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก $\geq$ ร้อยละ ๓๕	๕																																			
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																																			
๑	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า $\leq$ ร้อยละ ๙๕	๑																																			
๒	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๙๖	๒																																			
๓	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๙๗	๓																																			
๔	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า ร้อยละ ๙๘	๔																																			
๕	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า $\geq$ ร้อยละ ๙๙	๕																																			
เอกสาร สนับสนุน :	๑. คู่มือ DSPM / DAIM / TEDA ๔1 ๒. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbookhttps://healthplatform.anamai.moph.go.th/																																				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>เด็ก ๐- ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย</td><td>ร้อยละ</td><td>๙๓.๖๕</td><td>๙๘.๓</td><td>๙๖.๐๖</td></tr><tr><td>เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM</td><td>ร้อยละ</td><td>๙๕.๑๗</td><td>๙๒.๘๔</td><td>๙๒.๗๐</td></tr><tr><td>เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก</td><td>ร้อยละ</td><td>๓๑.๘๐</td><td>๒๙.๑๘</td><td>๓๐.๘๓</td></tr><tr><td>เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า</td><td>ร้อยละ</td><td>๙๗.๕๘</td><td>๙๖.๔๕</td><td>๙๓.๘๔</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	เด็ก ๐- ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	๙๓.๖๕	๙๘.๓	๙๖.๐๖	เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM	ร้อยละ	๙๕.๑๗	๙๒.๘๔	๙๒.๗๐	เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก	ร้อยละ	๓๑.๘๐	๒๙.๑๘	๓๐.๘๓	เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า	ร้อยละ	๙๗.๕๘	๙๖.๔๕	๙๓.๘๔								
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																	
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																																	
เด็ก ๐- ๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	๙๓.๖๕	๙๘.๓	๙๖.๐๖																																	
เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการด้วย DSPM	ร้อยละ	๙๕.๑๗	๙๒.๘๔	๙๒.๗๐																																	
เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก	ร้อยละ	๓๑.๘๐	๒๙.๑๘	๓๐.๘๓																																	
เด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า	ร้อยละ	๙๗.๕๘	๙๖.๔๕	๙๓.๘๔																																	
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวรุ่งทิwa ภูมิลา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๖ : โทรศัพท์มือถือ : ชื่อ นางอาทิตย์า ทีคำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๖ : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑- ๐๔๗๖๒๘๗																																				

KPI Template งานจิตเวชและยาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘						
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)					
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)					
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย					
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ					
ชื่อตัวชี้วัด	๒. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย ๒.๔ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔I					
คำนิยาม	เด็ก ๐ - ๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐) เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กปฐมวัยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือนที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไป ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔I หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔I)					
เกณฑ์เป้าหมาย :						
ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๒๕๗๒	
ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔I	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อทราบสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย ๒. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย ๓. เพื่อขยายความครอบคลุมให้เด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วย Teda๔1 ทำให้เด็กมีพัฒนาการก้าวหน้า / กลับมาสมวัยส่งผลต่อระดับสติปัญญา ๔. เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเด็กล่าช้า และระบบการติดตามดูแลต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเขตสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ปกครอง/ผู้ปฏิบัติงานมีความเข้าใจ และเห็นความสำคัญในการกระตุ้นพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กปฐมวัยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือน ที่ประเมินด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) ครั้งที่ ๑ แล้วพบว่าต้องส่งต่อ และเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒, ๖๐ เดือนที่สงสัยล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และติดตามมาประเมินซ้ำด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย: DSPM ครั้งที่ ๒ แล้วยังพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าอย่างน้อย ๑ ด้านขึ้นไปในเขตอำเภอบ้านฝาง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง และโรงพยาบาลบ้านฝาง ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และส่งข้อมูลขึ้นไปในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) ของจังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่
แหล่งข้อมูล	ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝาง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝาง
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาส ๑,๒,๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๔

ชื่อตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่า มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐

วิธีการประเมินผล :	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 รายการที่ ๑ : A = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าแล้วได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA๔1 รายการที่ ๒ : B = จำนวนเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าทั้งหมด สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๖๕.๐๐ - ๖๙.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๔.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๗๕.๐๐ - ๗๙.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕	๑	๒	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๖๕.๐๐ - ๖๙.๙๙	๒	๓	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๔.๙๙	๓	๔	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๗๕.๐๐ - ๗๙.๙๙	๔	๕	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																	
๑	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 น้อยกว่า ร้อยละ ๖๕	๑																	
๒	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๖๕.๐๐ - ๖๙.๙๙	๒																	
๓	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๔.๙๙	๓																	
๔	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๗๕.๐๐ - ๗๙.๙๙	๔																	
๕	เด็ก ๐-๕ ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔1 ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๕																	
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือ DSPM / DAIM / TEDA ๔1 ๒. แบบบันทึกข้อมูลเด็กรายบุคคล/ คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA๔1)																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1</td><td>ร้อยละ</td><td>๖๖.๖๗</td><td>๗๙.๘๘</td><td>๘๓.๓๐</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1	ร้อยละ	๖๖.๖๗	๗๙.๘๘	๘๓.๓๐					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗															
ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1	ร้อยละ	๖๖.๖๗	๗๙.๘๘	๘๓.๓๐															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางอนุชศรา ใจชื่อ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบ้านฝ้อ เบอร์โทร (ที่ทำงาน) ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๒๐๓ เบอร์โทร (มือถือ) ๐๘๘-๕๖๑๕๕๑๓ E-mail : Anussara๒๙๓๐@gmail.com ๒. นางอ้อยใจ ศิริกาญจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกาฬิม สำนักงานสาธารณสุขบ้านฝ้อ เบอร์โทร (มือถือ) ๐๘๔๒๗๖๗๙๐๔																		

KPI Template งานทันตกรรม ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘														
หมวด	PP&P Excellence ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ													
แผน	แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)													
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย													
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ													
ชื่อตัวชี้วัด	ข้อที่ ๓. ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปีปราศจากฟันผุ (Caries free)													
คำนิยาม	เด็กอายุ ๓ ปี หมายถึง เด็กอายุ ๓ ปีเต็มจนถึงอายุ ๓ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ณ วันที่มารับบริการ ตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจฟัน, เหงือก, เนื้อเยื่อในช่องปาก และประเมินสภาพช่องปากทั้งปาก และวางแผนการรักษา โดยทันตบุคลากร ปราศจากฟันผุ (Caries Free) หมายถึง ไม่มีรูฟันผุ (cavity) ฟันถอน (missing) และอุด (filling) ฟันผุ หมายถึง ฟันน้ำนมที่มีรูผุชัดเจนด้านใดด้านหนึ่งบนฟัน มีฟันผุนึ่งนิ่ม หรือฟันน้ำนมที่อุดชั่วคราว หรือฟันที่ได้รับการอุดฟันหรือครอบฟันแล้วมีการผุต่อ หรือฟันน้ำนมที่ผุหมดเหลือแต่รากฟัน ฟันอุด หมายถึง ฟันน้ำนมที่ได้รับการอุดถาวร หรือครอบฟันที่มีสาเหตุจากฟันผุ และไม่มีรอยผุในส่วนใดๆเพิ่มเติม ฟันถอน หมายถึง ฟันน้ำนมที่ถูกถอนฟัน													
เกณฑ์เป้าหมาย : ≥ร้อยละ ๙๐														
<table><tr><td>ปีงบประมาณ ๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๗๐</td><td>ปีงบประมาณ ๗๑</td><td>ปีงบประมาณ ๗๒</td></tr><tr><td>≥ร้อยละ ๙๐</td><td>≥ร้อยละ ๙๒</td><td>≥ร้อยละ ๙๔</td><td>≥ร้อยละ ๙๖</td><td>≥ร้อยละ ๙๘</td></tr></table>					ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	≥ร้อยละ ๙๐	≥ร้อยละ ๙๒	≥ร้อยละ ๙๔	≥ร้อยละ ๙๖	≥ร้อยละ ๙๘
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒										
≥ร้อยละ ๙๐	≥ร้อยละ ๙๒	≥ร้อยละ ๙๔	≥ร้อยละ ๙๖	≥ร้อยละ ๙๘										
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจประเมินสภาพช่องปาก และทาเคลือบฟลูออไรด์ป้องกันฟันผุ													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๓ ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข http://hdcservice.moph.go.th													
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบ HDC													
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๘)													
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘ :														
<table><tr><td>เกณฑ์ประเมิน</td><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)</td><td>≥ร้อยละ ๘๗</td><td>≥ร้อยละ ๘๘</td><td>≥ร้อยละ ๘๙</td><td>≥ร้อยละ ๙๐</td></tr></table>					เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)	≥ร้อยละ ๘๗	≥ร้อยละ ๘๘	≥ร้อยละ ๘๙	≥ร้อยละ ๙๐
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน										
ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)	≥ร้อยละ ๘๗	≥ร้อยละ ๘๘	≥ร้อยละ ๘๙	≥ร้อยละ ๙๐										

วิธีการประเมินผล :	รายการข้อมูล ๑ : จำนวนเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลตอบสนอง Service Plan >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก >> ข้อ ๑๘.๒ OHSP ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี มีฟันผุในฟันน้ำนม โดย เด็กอายุ ๓ ปีที่ปราศจากฟันผุ = จำนวนเด็กอายุ ๓ ปีที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก - (ลบ) จำนวนเด็กอายุ ๓ ปีที่มีฟันน้ำนมผุ รายการข้อมูล ๒ : จำนวนเด็กอายุ ๓ ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) รายการข้อมูล ๑/ รายการข้อมูล ๒ x ๑๐๐ ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free) <table><tr><th>ระดับ ๑</th><th>ระดับ ๒</th><th>ระดับ ๓</th><th>ระดับ ๔</th><th>ระดับ ๕</th></tr><tr><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๖</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๗</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๘</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๙</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐</td></tr></table>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๖	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๗	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๘	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๙	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐			
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕										
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๖	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๗	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๘	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๙	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)</td><td>ร้อยละ</td><td>๙๐.๘๘</td><td>๙๙.๙๗</td><td>๘๗.๐๒</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)	ร้อยละ	๙๐.๘๘	๙๙.๙๗	๘๗.๐๒
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗										
เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)	ร้อยละ	๙๐.๘๘	๙๙.๙๗	๘๗.๐๒										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / <														

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	PP&P Excellence ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	KPI คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ข้อที่ ๔. ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)				
คำนิยาม	เด็กอายุ ๑๒ ปี หมายถึง เด็กอายุ ๑๒ ปีเต็มจนถึงอายุ ๑๒ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ตรวจสุขภาพช่องปาก หมายถึง การตรวจฟัน, เหงือก, เนื้อเยื่อในช่องปาก และประเมินสภาพช่องปากทั้งปาก และวางแผนการรักษา โดยทันตบุคลากร ปราศจากฟันผุ (Caries Free) หมายถึง ในช่องปากปราศจากฟันแท้ผุ (Caries Free) โดยไม่มีรูฟันผุ (cavity) ฟันถอน (missing) และอุด (filling) ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) หมายถึง ผู้ที่มีฟันแท้ในช่องปากที่ปกติ และ/หรือฟันผุที่ได้รับการรักษาแล้ว โดยไม่มีความจำเป็นต้องอุด ถอน รักษาคลองรากฟัน หรือบูรณะเพิ่มเติมใดๆอีก และไม่มีฟันถูกถอน ฟันผุ หมายถึง ฟันแท้ที่มีรูผุชัดเจนด้านใดด้านหนึ่งบนฟัน หรือมีฟันที่อุดแล้วมีรูผุต่อ ฟันอุด หมายถึง ฟันแท้ที่ได้รับการอุดถาวร และไม่มีรอยผุในส่วนใดๆเพิ่มเติม ฟันถอน หมายถึง ฟันแท้ที่ถูกถอนฟัน				
เกณฑ์เป้าหมาย : ≥ร้อยละ ๘๖					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	≥ร้อยละ ๘๖	≥ร้อยละ ๘๘	≥ร้อยละ ๙๐	≥ร้อยละ ๙๒	≥ร้อยละ ๙๔
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เด็กอายุ ๑๒ ปี ได้รับการตรวจประเมินสภาพช่องปาก และได้รับบริการส่งเสริม ป้องกัน และการรักษาทางทันตกรรมที่เหมาะสม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๑๒ ปี ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข http://hdcservice.moph.go.th				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบ HDC				
ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๗ – กันยายน ๒๕๖๘)				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘ :					
เกณฑ์ประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)		≥ร้อยละ ๘๓	≥ร้อยละ ๘๔	≥ร้อยละ ๘๕	≥ร้อยละ ๘๖

วิธีการประเมินผล	รายการข้อมูล ๑ : จำนวนเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) : จากระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข http://hdcservice.moph.go.th กลุ่มรายงานมาตรฐาน >> ข้อมูลตอบสนอง Service Plan >> ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก >> ข้อ ๑๘.๗ OHSP OHSP ร้อยละของเด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) (คน) >> คอลัมน์ ฟันดีไม่มีผุ รายการข้อมูล ๒ : จำนวนเด็กอายุ ๑๒ ปี ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) รายการข้อมูล ๑/ รายการข้อมูล ๒ x ๑๐๐ ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free) <table><tr><th>ระดับ ๑</th><th>ระดับ ๒</th><th>ระดับ ๓</th><th>ระดับ ๔</th><th>ระดับ ๕</th></tr><tr><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๒</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๓</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๔</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๖</td></tr></table>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๒	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๓	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๔	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๖			
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕										
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๒	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๓	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๔	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๖										
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>เด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)</td><td>ร้อยละ</td><td>๙๑.๙๕</td><td>๘๖.๙๒</td><td>๘๔.๙๓</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	เด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ	๙๑.๙๕	๘๖.๙๒	๘๔.๙๓
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗										
เด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)	ร้อยละ	๙๑.๙๕	๘๖.๙๒	๘๔.๙๓										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ – สกุลทพญ.สุนันทา ชัยงาม..... ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : - ชื่อ – สกุล....ทพญ.มัศการ นาสมนต์... ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ..... โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : - ชื่อ – สกุล....นางสาวอุณฤทัย ตุ่มหม่อง..... ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)..... โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : - ชื่อ – สกุล....นางวิชุดา ตัณฑรัตน์..... ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : -													

KPI Template งานปฐมภูมิและองค์กรรวม ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผน	แผนงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๕. ร้อยละเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน				
คำนิยาม	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปี เต็ม- ๑๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน กราฟการเจริญเติบโต หมายถึง กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปีบริบูรณ์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ.๒๕๖๔ (จัดทำจากเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๕ - ๑๙ ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ.๒๕๖๓) โดยเริ่มใช้ในการประมวลผลในระบบ HDC ภาคเรียนที่ ๑ ปีการศึกษา ๒๕๖๔ เป็นต้นไป สูงดี สมส่วน หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป และมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว) สูงดี หมายถึง ส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป(สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง สูง) เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ -๑.๕ S.D. สมส่วน หมายถึง น้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง มีค่าระหว่าง -๑.๕ S.D. ถึง + ๑.๕ S.D.				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	๖๐	๖๒	๖๓	๖๔	๖๕
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อส่งเสริมและเฝ้าระวังภาวะการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี ๒. เพื่อเสริมสร้างภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ ในการส่งเสริมและจัดการปัญหาเด็กวัยเรียน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ในเขตอำเภอบ้านผือ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูง บันทึกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูง ด้วยทศนิยม ๑ ตำแหน่ง เช่น น้ำหนัก ๔๘.๑ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๐.๓ เซนติเมตร ๙ ๒. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ PCU โรงพยาบาล นำเข้าข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการทุกแห่ง เช่น JHCIS, HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลงานโภชนาการ (แฟ้ม Nutrition) โครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม				
	หมายเหตุ - ๑ คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง เกิน ๑ ครั้งต่อเทอม จะยึดค่าน้ำหนักและส่วนสูงครั้งสุดท้ายของเทอม - ๑ คน หากมีการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ทั้ง ๒ เทอม จะนับให้เทอมละ ๑ ครั้ง				
แหล่งข้อมูล	๑. ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. ข้อมูลจากแฟ้มงานโภชนาการ (แฟ้ม Nutrition) (ไม่รวมเด็กป่วยที่มารับบริการ)				
รายการข้อมูลที่ ๑	A ๑ = จำนวนเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ที่มีภาวะสูงดีสมส่วน				
รายการข้อมูลที่ ๒	B ๑ = จำนวนเด็ก ๖ - ๑๔ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงในช่วงเวลาเดียวกัน				

สูตรการคำนวณ ตัวชี้วัด	(A๑/B๑) x ๑๐๐																						
ระยะเวลา ประเมินผล	วิเคราะห์ผลสรุปผล ปีละ ๒ ครั้ง โดยการจัดเก็บข้อมูล ๒ ภาคเรียน คือ ภาคเรียนที่ ๒ (ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ๒๕๖๙ ๒๕๗๐ ๒๕๗๑ ๒๕๗๒) พื้นที่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและลง ข้อมูล เดือน ธ.ค.,ม.ค.,ก.พ. ตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ กุมภาพันธ์ ภาคเรียนที่ ๑ (ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ๒๕๖๙ ๒๕๗๐ ๒๕๗๑ ๒๕๗๒) พื้นที่ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงและลง ข้อมูล เดือน พ.ค.มิ.ย,ก.ค ตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม																						
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘	การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																		
	ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	-	≥ ร้อยละ ๖๐	-	≥ ร้อยละ ๖๐																		
วิธีการ ประเมินผล :	ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด และกระบวนการดำเนินงาน โดยเปรียบเทียบ ผลการดำเนินงาน จากระบบข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข กับค่าเป้าหมายของตัวชี้วัด ดังนี้ <u>๑. ประเมินผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</u> ร้อยละเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน รายการข้อมูลที่ ๑ : A ๑ = จำนวนเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี ที่มีภาวะสูงดีสมส่วน รายการข้อมูลที่ ๒ : B ๑ = จำนวนเด็ก ๖ - ๑๔ ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมดในช่วงเวลา เดียวกัน สูตรการคำนวณ : (A๑/B๑) x ๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๒</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๔</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๖</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๘</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐</td><td>๕</td></tr></table>					ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๒	๑	๒	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๔	๒	๓	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๖	๓	๔	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๘	๔	๕	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																					
๑	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๒	๑																					
๒	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๔	๒																					
๓	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๖	๓																					
๔	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ ๕๘	๔																					
๕	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๖๐	๕																					

วิธีการประเมินผล :	๒. ประเมินกระบวนการดำเนินงาน				
	ค่าเป้าหมาย : ๕ คะแนน				
	การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	กระบวนการดำเนินงาน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน
๑	มีการจัดตั้งคณะทำงานระดับจังหวัดและอำเภอในการขับเคลื่อนงานส่งเสริมเด็กวัยเรียนและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนในพื้นที่			๑ คะแนน	
๒	มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการดำเนินงานให้เด็กวัยเรียนสูงดี สมส่วน การป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการ (อ้วน ผอม เตี้ย) ในเด็กวัยเรียน รวมทั้งส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์(เช่น ด้านการบริโภค อาหาร กิจกรรมทางกาย และ ทนตสุขภาพเป็นต้น) และดำเนินการตามแผน โดยเน้นเด็กเริ่มอ้วนและอ้วน ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงและแก้ไขปัญหาทุกคน			๑ คะแนน	
๓	มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านโภชนาการ กิจกรรมทางกาย ทนตสุขภาพ แก้ปัญหาทุพโภชนาการ - ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับมาตรฐานสากล (GSHS) - รณรงค์ค่านิยมจิตในวัยเด็กและวันค่านิยมโลก - จัดมหกรรม/จัดกิจกรรมทางกาย กระโดดโลดเต้นเล่น ๖๐ นาที เพื่อเด็กไทยสูงดีสมส่วนแข็งแรง - ผลักดันและพัฒนาให้มีโรงเรียนรอบรู้สุขภาพด้านกิจกรรมทางกายและโรงเรียนรอบรู้สุขภาพด้านโภชนาการ และทนตสุขภาพ ภายใต้ความรู้ด้านสุขภาพ - พัฒนาเครือข่ายระดับพื้นที่ระดับพื้นที่เพื่อส่งเสริมและจัดการปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน เน้นการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (อ้วน เตี้ย ผอม) เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปีสูงดีสมส่วน - ผลักดันให้มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงจากสถานศึกษาสู่สถานบริการสาธารณสุขให้ครอบคลุม			๑ คะแนน	
๔	ติดตาม ควบคุม กำกับให้หน่วยงานในพื้นที่รับผิดชอบรายงานข้อมูลสถานการณ์ภาวะโภชนาการในระบบ HDC โดยจัดเก็บข้อมูล ๒ ภาคเรียน คือ ๑) ภาคเรียนที่ ๑ พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน พ.ค.ถึง ก.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ ส.ค. ๒) ภาคเรียนที่ ๒ พื้นที่ซึ่งนำหนัก วัดส่วนสูง และลงข้อมูล เดือน ต.ค.ถึง ม.ค. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ ก.พ.			๑ คะแนน	
๕	มีการรวบรวม สรุปผลการดำเนินการ การวิเคราะห์ และการแก้ปัญหาที่พบ			๑ คะแนน	

เอกสารสนับสนุน :	๑. ชุดความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนแบบองค์รวม (NuPETHS) สื่อ NuPETHS Animation ๒. คู่มือการเสริมสร้างเด็กวัยเรียนสูงวัยตามแนวคิด Active Learning ๓. คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๖-๑๙ ปี ปี ๒๕๖๔ ๔. แผ่นพับการประเมินการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๖-๑๙ ปี ปี ๒๕๖๔ ๑๒ ๕. คู่มือการการจัดอาหารกลางวันสำหรับเด็กวัยเรียน ตามมาตรฐานโภชนาการ สุขภาพอาหารและอาหารปลอดภัยสำหรับโรงเรียนประถมศึกษา ๖. ชุด Package Mobile Child Strong Together ด้าน โภชนาการ “โภชนาการดี เท่หุ่นดีแข็งแรง” ๗. หลักสูตร การจัดการอาหารกลางวันและโภชนาการในสถานศึกษา ฉบับทดลองใช้ ๘. หนังสือ สุขภาพดี เริ่มที่..อาหาร ลดหวาน มัน เค็ม เต็มเต็มผัก ผลไม้ ๙. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง ในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC ๑๐. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) ๑๑. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน ๑๒. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ๑๓. หนังสือผักผลไม้สู้รัง ๑๔. หนังสือเมนูไข่สำหรับอาหารกลางวันนักเรียน ๑๕. หนังสือสารพัดเมนูไข่สำหรับอาหารกลางวันนักเรียน ๑๖. ตีมนมจืด ยืดความสูง ๑๗. อ่านฉลากอย่างฉลาด ๑๘. คลิปออกกำลังกายที่เพียงพอ และนอนหลับดี สำหรับเด็กวัยเรียนวัยรุ่น http://pah.anamai.moph.go.th/th/vdo-gallery/๓๕๖๒ ๑๙. นวัตกรรมลดโรคอ้วนในเด็กไทย ChoPA&ChiPA Game ฉบับย่อ https://www.chopachipa.org/Home/news/๓๓๓๓													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ร้อยละเด็กวัยเรียน ๖ – ๑๔ ปีสูงวัยตามส่วน</td><td>ร้อยละ</td><td>๕๗.๗๗</td><td>๕๖.๒๐</td><td>๖๐.๔๔</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละเด็กวัยเรียน ๖ – ๑๔ ปีสูงวัยตามส่วน	ร้อยละ	๕๗.๗๗	๕๖.๒๐	๖๐.๔๔
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗										
ร้อยละเด็กวัยเรียน ๖ – ๑๔ ปีสูงวัยตามส่วน	ร้อยละ	๕๗.๗๗	๕๖.๒๐	๖๐.๔๔										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางเจียมทอง วันทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๖ : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒-๑๐๒๗๖๓๑ ชื่อ นายพัฒน์พงษ์ อินเสมียน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑- ๗๒๙๗๔๓๔													

KPI Template งานปฐมภูมิและองค์กรรวม (งานอนามัยเจริญพันธุ์) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๖ ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง				
คำนิยาม	การคุมกำเนิดสมัยใหม่ หมายถึง การทำหมัน /ใส่ห่วงอนามัย/ยาฝังคุมกำเนิด/ยาฉีด/ยาเม็ด/แผ่นแปะคุมกำเนิด/ถุงยางอนามัย การคุมกำเนิดหลังคลอดโดยการให้นมบุตรหลังคลอด หรือหลังแท้ง หมายถึง หลังคลอดหรือหลังแท้งภายใน ๔๒ วัน				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๖๕		๗๐	๗๕	๘๐	๘๕
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์และป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้หญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพ หรือแท้งบุตรในระหว่างปี ที่ทำการเก็บข้อมูล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลวิธีการคุมกำเนิดจากหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรในโรงพยาบาลบ้านผือ ๑. จากรายงานการคลอดห้องคลอด ๒. ๔๓ แฟ้ม ๓. ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) จังหวัดอุดรธานี				
แหล่งข้อมูล	๑. หน่วยบริการสาธารณสุข คปสอ.บ้านผือ ๒. ระบบรายงาน HDC กองยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูลที่ ๑	A๑ = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไข ดังต่อไปนี้ - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในระหว่างปี ที่ทำการเก็บข้อมูล - อายุน้อยกว่า ๒๐ ป ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด - BDATE(LABOR) – BIRTH(PERSON) ปดเศษลง < ๒๐ ปี - นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (record ที่ CID + BDATE หากซ้ำให้ตัดออก) รวมกับสามารถเชื่อมต่อกับแฟ้ม FP ภายใต้เงื่อนไขต่อไปนี้				

	- ได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีดังต่อไปนี้ วิธีใดวิธีหนึ่ง ได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด, ยาฉีดคุมกำเนิด, ห่วงอนามัย, ยาฝังคุมกำเนิด, ถุงยางอนามัย, หมันชาย, หมันหญิง (FPTYPE = ๑-๗) - ได้รับการภายใน ๖ สัปดาห์ หลังคลอดหรือหลังแท้ง DATE_SERV(FP) – BDATE(LABOR) ≤ ๔๒ วัน																		
รายการข้อมูลที่ ๒	B๑ = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรจากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไข ดังต่อไปนี้ - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง (คลอด/แท้งบุตร) ในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล - อายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด - BDATE(LABOR) – BIRTH(PERSON) ปดเศษลง < ๒๐ ปี - นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (record ที่ CID + BDATE หากซ้ำให้ตัดออก)																		
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A๑/B๑) x ๑๐๐																		
ระยะเวลาการประเมิน	ไตรมาส ๑ – ไตรมาส ๔ เก็บรวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระบบฐานข้อมูล Health Data Center ทุก ๓ เดือน																		
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘ :																			
<table><tr><th>เกณฑ์ประเมิน</th><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr><tr><td>ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ≥ ร้อยละ ๖๕</td><td>๖๕</td><td>๖๕</td><td>๖๕</td><td>๖๕</td></tr></table>		เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ≥ ร้อยละ ๖๕	๖๕	๖๕	๖๕	๖๕								
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน															
ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ≥ ร้อยละ ๖๕	๖๕	๖๕	๖๕	๖๕															
วิธีการประเมินผล	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง A๑ = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตร และได้รับการคุมกำเนิดด้วยวิธีสมัยใหม่หลังคลอดหรือหลังแท้ง ภายใน ๔๒ วัน B๑ = จำนวนหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ที่มารับบริการด้วยเรื่องคลอดหรือแท้งบุตรทั้งหมด สูตรการคำนวณ : (A๑/B๑) x ๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๖๕ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ≤ ร้อยละ ๔๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ร้อยละ ๕๐</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ร้อยละ ๕๕</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ร้อยละ ๖๐</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ≥ ร้อยละ ๖๕</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ≤ ร้อยละ ๔๕	๑	๒	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ร้อยละ ๕๐	๒	๓	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ร้อยละ ๕๕	๓	๔	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ร้อยละ ๖๐	๔	๕	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ≥ ร้อยละ ๖๕	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																	
๑	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ≤ ร้อยละ ๔๕	๑																	
๒	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ร้อยละ ๕๐	๒																	
๓	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ร้อยละ ๕๕	๓																	
๔	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ร้อยละ ๖๐	๔																	
๕	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง ≥ ร้อยละ ๖๕	๕																	

เอกสารสนับสนุน :	ระบบการรายงาน ก.๒ , ๔๓ แฟ้ม, Health Data Center จากศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารจังหวัดอุดรธานี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า ๒๐ ปี ได้รับการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง	ร้อยละ	๑๐.๓๙	๒๕	๓๓.๓๓
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางวรรณกานต์ ประเสริฐศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๖ : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๐-๖๐๗๔๗๙๐ ชื่อ ว่าที่ร้อยตรี ยุทธการ ประพากร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : -				

KPI Template งานปฐมภูมิและองค์กรรวม (งานอนามัยเจริญพันธุ์) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๖.๑ ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕-๑๙ ปี				
คำนิยาม	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี (adjusted) หมายถึง จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี จากข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) ต่อ จำนวนประชากรหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ๑,๐๐๐ คน				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕-๑๙ ปี					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	๑๒	๑๒	๑๒	๑๑	๑๐
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์และป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้หญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีวิตในระหว่างปีที่ทำการเก็บข้อมูล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จากรายงาน ก.๒ ๒. จากรายงาน ๔๓ แพ้ม ๓. เก็บรวบรวมข้อมูลจากหญิงอายุ๑๕-๑๙ ปี ที่มีการคลอด และทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เด็กเกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในทะเบียนราษฎร ๔. ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	๑. งานห้องคลอด ๒. ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ๓. ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย รวบรวมโดย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายการข้อมูลที่ ๑	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ ๑๕ - ๑๙ ปี				
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวนหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีทั้งหมด				
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑,๐๐๐				
ระยะเวลาการประเมิน	ไตรมาส ๑ – ไตรมาส ๔				

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘				
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๒	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๒	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๒	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๒

วิธีการประเมินผล :	โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/รพ.สต. เก็บรวบรวมข้อมูลและรายงานข้อมูลในระบบฐานข้อมูล Health Data Center ทุก ๓ เดือน ๒๓.๑ ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ๑๕-๑๙ ปี B = จำนวนหญิงอายุ ๑๕-๑๙ ปีทั้งหมด สูตรการคำนวณ : $(A/B) \times 1,000$ ค่าเป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๑๒			
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	
	๑	ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี $\geq$ ร้อยละ ๑๘	๑	
	๒	ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ร้อยละ ๑๕.๑ - ๑๖.๕	๒	
	๓	ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ร้อยละ ๑๓.๖ - ๑๕	๓	
	๔	ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ร้อยละ ๑๒.๑ - ๑๓.๕	๔	
	๕	ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ไม่เกินร้อยละ ๑๒	๕	

เอกสารสนับสนุน :	ระบบการรายงาน ก.๒ , ๔๓ เพิ่ม, Health Data Center จากศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารจังหวัดอุดรธานี			
------------------	--	--	--	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี	ร้อยละ	๑๐.๗๗	๑๓.๕๙	๗.๒๘

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางวรรณกานต์ ประเสริฐศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๖ : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๐-๖๐๗๔๗๙๐ ชื่อ ว่าที่ร้อยตรี ยุทธการ ประพากร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ :
--	--

KPI Template งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย (อายุ ๑๙-๕๙ ปี) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘																		
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																	
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																	
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย																	
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ																	
ชื่อตัวชี้วัด	๗. ร้อยละคนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ๗.๑ ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด																	
คำนิยาม	ประชาชนวัยทำงานเป้าหมาย หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๙ ปี ๐ เดือน ๐ วัน - ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน																	
	เจ้าหน้าที่ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านผือ																	
	ดัชนีมวลกายปกติ หมายถึง น้ำหนักเหมาะสมกับส่วนสูง โดยมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง ๑๘.๕ - ๒๒.๙ กก./ตรม.																	
	ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index หรือ BMI) คือ ค่าความหนาของร่างกาย ใช้ เป็นมาตรฐานในการประเมินภาวะอ้วนผอม ซึ่งคำนวณได้จาก การใช้น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม และหารด้วยส่วนสูงที่วัดเป็นเมตร ยกกำลังสอง ซึ่งใช้ได้ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย ดังสูตรต่อไปนี้																	
	ดัชนีมวลกาย (BMI) = น้ำหนักตัว [กิโลกรัม] ÷ ส่วนสูง [เมตร] ยกกำลังสอง																	
	การแบ่งระดับความอ้วนตามค่าดัชนีมวลกาย																	
	<table><tr><th>ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)</th><th>ภาวะน้ำหนักตัว</th></tr><tr><td>น้อยกว่า 18.5</td><td>น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์</td></tr><tr><td>18.5 – 22.9</td><td>ปกติ</td></tr><tr><td>23.0 – 24.9</td><td>น้ำหนักเกิน</td></tr><tr><td>25.0 – 29.9</td><td>อ้วน ระดับ 1</td></tr><tr><td>มากกว่า 30</td><td>อ้วน ระดับ 2</td></tr></table>						ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	ภาวะน้ำหนักตัว	น้อยกว่า 18.5	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์	18.5 – 22.9	ปกติ	23.0 – 24.9	น้ำหนักเกิน	25.0 – 29.9	อ้วน ระดับ 1	มากกว่า 30	อ้วน ระดับ 2
	ค่าดัชนีมวลกาย (กก./ม. ²)	ภาวะน้ำหนักตัว																
	น้อยกว่า 18.5	น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์																
	18.5 – 22.9	ปกติ																
23.0 – 24.9	น้ำหนักเกิน																	
25.0 – 29.9	อ้วน ระดับ 1																	
มากกว่า 30	อ้วน ระดับ 2																	
สุขภาพดีตามเกณฑ์ หมายถึง ผ่านเกณฑ์ครบทุกข้อ ที่กำหนด ดังนี้																		
๑) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง ๑๘.๕ - ๒๒.๙ กก./ตรม.																		
๒) ความดันในเลือด < ๑๔๐/๙๐ mmHg																		
๓) น้ำตาลในเลือด FBS < ๑๐๐ mg/dL																		
เกณฑ์เป้าหมาย :																		
ตัวชี้วัด		๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๒๕๗๒												
๗. ร้อยละคนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ		๕๔	๕๕	๕๖	๕๗	๕๘												
๗.๑ ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด		๗๐	๗๒	๗๔	๗๖	๗๘												
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการวัยทำงาน ๒. เพื่อส่งเสริมโภชนาการในวัยทำงาน ๓. เพื่อส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ความครอบคลุมประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี ได้รับการที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมดร้อยละ ๙๐ ๒. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านผือ																	

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลการคัดกรองภาวะสุขภาพประจำปี บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม โดยระบบ Health Data Center (HDC) - แฟ้ม PERSON ทุก Type area ๑, ๓ สัญชาติไทย Discharge ๙ - แฟ้ม Nutrition และ NCDSCREEN - ไม่นับคนซ้ำ (กรณีซึ่งน้ำหนักส่วนสูงมากกว่า ๑ ครั้งจะยึดค่าน้ำหนักส่วนสูงของครั้งสุดท้าย และหากครั้งสุดท้ายมีข้อมูลทั้งแฟ้ม Nutrition และ NCDSCREEN ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม Nutrition) ๒. สสอ. วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล จากระบบ Health Data Center (HDC) ๓. ทะเบียนบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอบ้านฝางของงานวัยทำงาน															
แหล่งข้อมูล	๑. งานวัยทำงาน ทุก รพ.สต. ๒. ข้อมูล Health Data Center สสจ.อุดรธานี ๓. ฐานข้อมูลประชากร จากทะเบียนราษฎร															
ระยะเวลาประเมินผล	๑. ร้อยละคนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ปีละ ๒ ครั้ง โดยครั้งที่ ๑ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ มีนาคม ของปีงบประมาณ ครั้งที่ ๒ ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ ๑๖ สิงหาคม ของปีงบประมาณ ๒. ร้อยละของเจ้าหน้าที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ปีละ ๑ ครั้ง ในไตรมาสที่ ๔															
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘ :																
<table><tr><td>เกณฑ์ประเมิน</td><td>๓ เดือน</td><td>๖ เดือน</td><td>๙ เดือน</td><td>๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละคนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ</td><td>-</td><td>๕๐</td><td>-</td><td>๕๔</td></tr><tr><td>ร้อยละของเจ้าหน้าที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>๗๐</td></tr></table>		เกณฑ์ประเมิน	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน	ร้อยละคนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	-	๕๐	-	๕๔	ร้อยละของเจ้าหน้าที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	-	-	๗๐
เกณฑ์ประเมิน	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน												
ร้อยละคนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ	-	๕๐	-	๕๔												
ร้อยละของเจ้าหน้าที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	-	-	๗๐												

วิธีการประเมินผล

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

๗. ร้อยละคนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ

รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป - ๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ

รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนประชากรวัยทำงานอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป - ๕๙ ปี ที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A/B*๑๐๐

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๕๔

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ น้อยกว่าร้อยละ ๔๐	๑
๒	ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๔๐.๐๐ - ๔๔.๙๙	๒
๓	ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๔๕.๐๐ - ๔๙.๙๙	๓
๔	ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๕๐.๐๐ - ๕๓.๙๙	๔
๕	ประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๕๔ ขึ้นไป	๕

๗.๑ ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด

รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ครบทุกข้อ

รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการประเมินทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A/B*๑๐๐

ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด น้อยกว่าร้อยละ ๕๕	๑
๒	เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๕๕.๐๐ - ๕๙.๙๙	๒
๓	เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๖๐.๐๐ - ๖๔.๙๙	๓
๔	เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๖๕.๐๐ - ๖๙.๙๙	๔
๕	เจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป	๕

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๑. คนวัยทำงาน อายุ ๑๕-๕๙ ปี มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ ๔๙.๙๖	ร้อยละ	๔๖.๗๐	๔๘.๑๙	๔๙.๙๖
๒. ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	NA	NA	๕๐.๐๘

เอกสารสนับสนุน	๑. แนวทางการดำเนินงานเมนูสุขภาพ ๒. คู่มือการดำเนินงานโรงอาหารปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ (Health Canteen) ๓. ภาพพลิกหุ้มดี สุขภาพดี ง่ายๆ แค่ปรับ ๔ พฤติกรรม ๔. หลักสูตรอบรมด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้รับผิดชอบงาน ผ่านออนไลน์ทาง mooc.anamai ๕. โปรแกรมโภชนาการอัจฉริยะ Food&Health ๖. โปรแกรมรับรองเมนูสุขภาพออนไลน์
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวปิยธิดา นนทะแสง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๖ ชื่อ นางวิไลลักษณ์ ธงยัน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

KPI Template งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย (งานผู้สูงอายุ) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๘.ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๘.๑ ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ ๘.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับบริการตามเกณฑ์
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ หมายถึง ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หมายถึง ประชาชนทุกกลุ่มอายุ ที่มีคะแนนการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการได้รับการดูแล care plan การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์ หมายถึง การประเมินผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการ ประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL) และการประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ของผู้สูงอายุ ดังนี้ - การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) หมายถึง การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายตามกลุ่มศักยภาพ จากเกณฑ์การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living index) ซึ่งมีคะแนนเต็ม ๒๐ คะแนน ดังนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๑ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้ (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ ๑๒ คะแนนขึ้นไป ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๒ ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๕ – ๑๑ คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ ๓ ผู้สูงอายุกลุ่มที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง ๐ - ๔ คะแนน - การประเมินคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ของผู้สูงอายุ (ตามแนวทางที่คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวง สาธารณสุข กำหนดขึ้น) ดังนี้ ด้านความคิดความจำ (คัดกรอง Mini COC/AMT/๑๔ ข้อคำถาม) ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย (Timed up and go test : TUGT) ด้านการขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน (Finger rub test) ด้านการซึมเศร้า (๒Q) ด้านการกลั้นปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ด้านสุขภาพช่องปาก แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) หมายถึง แบบการวางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิง จาก Care Manager ทีมผู้เชี่ยวชาญ ครอบครัวและผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่โดยผู้สูงอายุ /ผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ถึงความช่วยเหลือทีมผู้ให้การช่วยเหลือที่เกี่ยวข้อง

เกณฑ์เป้าหมาย :				
๘.๑ ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๙๗	๙๗	๙๗	๙๘	๙๘

๘.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับการบริการตามเกณฑ์				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๙๗	๙๘	๙๘	๙๙	๑๐๐

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ตามเกณฑ์เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้สูงอายุ (ผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีบริบูรณ์ทั้งเพศชายและหญิง) ในพื้นที่อำเภอบ้านผือ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) และคัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ ๙ ด้าน ๒. บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข/แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)
แหล่งข้อมูล	- ระบบโปรแกรม HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี - ระบบโปรแกรม Long Team Care สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม Long Team Care (๓C) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ - ระบบโปรแกรม Blue Book Application กรมอนามัย - ระบบโปรแกรม Health KPI กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ : A/B x ๑๐๐
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับการบริการตามเกณฑ์ : C/D x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผน รายไตรมาส ประเมินผลการปฏิบัติราชการ ปีละ ๒ รอบ รอบที่ ๑ : ๕ เดือนแรก (ตุลาคม ๒๕๖๗ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๘) รอบที่ ๒ : ๕ เดือนหลัง (มีนาคม ๒๕๖๘ - กรกฎาคม ๒๕๖๘)

เกณฑ์การประเมิน : ๒๕๖๘

เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๕ เดือนแรก (ตุลาคม – กุมภาพันธ์)	รอบ ๕ เดือนหลัง (มีนาคม – กรกฎาคม)
๘.๑ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๗
๘.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับบริการตามเกณฑ์	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๗

วิธีการประเมินผล

ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๑. พื้นที่ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)/ คัดกรองความถดถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุ ๙ ด้าน

๒. พื้นที่บันทึกข้อมูลและรายงานผลในระบบ Health Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี/ แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)

๑. ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์

รายการข้อมูล ๑ : A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตาม Care Plan

รายการข้อมูล ๒ : B = จำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการ LTC

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A/B x ๑๐๐

โดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าคะแนนดังนี้

ที่	เกณฑ์การให้คะแนน	ค่าคะแนน
๑	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๓	๑
๒	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๔	๒
๓	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๕	๓
๔	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๖	๔
๕	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่ได้รับการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๗ ขึ้นไป	๕

๒. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับบริการตามเกณฑ์

รายการข้อมูล ๑ : C = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้การประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานตามชุดสิทธิประโยชน์

รายการข้อมูล ๒ : D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : C/D x ๑๐๐

วิธีการประเมินผล	โดยใช้เกณฑ์ประเมินค่าคะแนนดังนี้				
	ที่	เกณฑ์การให้คะแนน			ค่าคะแนน
	๑	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับบริการตามเกณฑ์ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๓			๑
	๒	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับบริการตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๔			๒
	๓	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับบริการตามเกณฑ์ร้อยละ ๙๕			๓
	๔	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับบริการตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๖			๔
	๕	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองสุขภาพและได้รับบริการตามเกณฑ์ ร้อยละ ๙๗ ขึ้นไป			๕
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
			๑. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL)	ร้อยละ	๘๔.๐๒
๒. ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองความทอถอยของร่างกายกลุ่มผู้สูงอายุครบ ๙ ด้าน	ร้อยละ	NA	๙๒.๕๒	๙๗	
เอกสารสนับสนุน	๑. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๔ กระทรวงสาธารณสุข				
	๒. คู่มือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว (Health Promotion & Prevention Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุ				
	๓. แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว				
	๔. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ				
	๕. คู่มือการใช้การโปรแกรม Long Term Care (๓C)				
	๖. คู่มือการใช้งาน Blue Book Application (สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ)				
	๗. แนวทางการจัดบริการดูแลและป้องกันสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ สำหรับทันตบุคลากร ปี ๒๕๖๔				
	๘. คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๕				
	ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. ชื่อ – สกุล นางนันทพร บุญธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ			
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๘ ต่อ ๑๑๖					
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๔๒๒๒๑๔๕					
๒. ชื่อ – สกุล น.ส.ปิยธิดา นนทะแสง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข					
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๖				
	โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒-๗๔๒๓๐๙๓				

KPI Template งานมะเร็ง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	คปสอ. บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด ๙.๑ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก				
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - < ๖๐ ปี) ได้รับ การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test (คัดกรองทุก ๕ ปี) เป็นการตรวจหาเชื้อไวรัส HPV ความเสี่ยงสูง ๑๔ สายพันธุ์ ซึ่งเป็นสาเหตุของมะเร็ง ปากมดลูก โดยวิธีการตรวจคือการเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกช่องคลอดด้านใน ส่งตรวจด้วย วิธีการตรวจด้วยน้ำยา เมื่อคัดกรองแล้วมีผลปกติ/ผลลบ (Negative) จากตัวอย่างส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไป ในอีก ๕ ปี				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก					
		ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
		๗๕	๗๕	๗๕	๗๕
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากร ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - < ๖๐ ปี) คัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธี HPV DNA Test				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐ - < ๖๐ ปี (ตามเป้าหมาย ๕ ปี) - จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิธี HPV DNA Test ** การบันทึกข้อมูล ๑. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ (HosXP, JHCIS อื่นๆ) ๒. โปรแกรม Krungthai Digital Health Plate form (KTB)				
แหล่งข้อมูล	-				
ระยะเวลาประเมินผล	ระบบ ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข - โปรแกรม Krungthai Digital Health Plate form (KTB) - ฐานข้อมูล สปสช. - รายงานข้อมูลการตรวจคัดกรองรายหน่วยบริการ				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก		ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๕

วิธีการประเมินผล	รายการที่ ๑ : จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐ - <๖๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก (สะสม) **จังหวัดกำหนดเป้าหมายให้ทุกอำเภอแล้ว รายการที่ ๒ : จำนวนประชากรหญิงไทย อายุ ๓๐ - <๖๐ ปี (ตามเป้าหมาย ๕ ปี) เป้าหมาย ๕ ปี หมายถึง ค่าประมาณการ จากร้อยละ ๗๐ ของประชากรอายุ ๓๐ – ๖๐ ปี ทุกสิทธิการรักษา (ใช้ฐานประชากรจากทะเบียนราษฎรปีที่ผ่านมาเป็นตัวเลขตั้งต้น) (**จังหวัดคำนวณเป้าหมาย ให้แต่ละอำเภอแล้ว) สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : รายการที่ ๑/รายการที่ ๒ *๑๐๐ เป้าหมาย : ≥ ร้อยละ ๗๕ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๖๐</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๖๕</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๗๐</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕	๑	๒	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๖๐	๒	๓	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๖๕	๓	๔	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๗๐	๔	๕	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																	
๑	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕	๑																	
๒	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๖๐	๒																	
๓	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๖๕	๓																	
๔	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ ๗๐	๔																	
๕	ผลงานการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๕	๕																	
เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็งปากมดลูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ - <๖๐ ปี (สะสม) ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ≥ ร้อยละ ๕๐</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>๘๒.๖๐</td><td>๔๐.๙๒</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ - <๖๐ ปี (สะสม) ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ≥ ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ	NA	๘๒.๖๐	๔๐.๙๒					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗															
ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐ - <๖๐ ปี (สะสม) ได้รับการตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test ≥ ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ	NA	๘๒.๖๐	๔๐.๙๒															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางปิยะดา ตุงคโสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๒๒๒๒ ๓๕๖ ต่อ ๒๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๔๕๑๔ ๙๔๘๕ ชื่อ-สกุล นางศิณรัตน์ ขาติวิชัยพัฒน์ ตำแหน่ง .พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘๒๙๔๙๓๒๙																		

KPI Template งานมะเร็ง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	คปสอ. บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๙.๒ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)				
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ได้รับความรู้และ สร้างความตระหนักเรื่องการดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับสอนการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง (Breast Self-Awareness หรือ Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจ เต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๙๒		๙๒	๙๒	๙๓	๙๓
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ เพื่อลดผู้ป่วยมะเร็ง Stage ๓,๔				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑.สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายและจำนวนที่ได้รับการคัดกรอง ** การบันทึกข้อมูล ๑. การคัดกรองมะเร็งเต้านม บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ (HosXP, JHCIS อื่นๆ)				
แหล่งข้อมูล	ระบบ ๔๓ เพิ่ม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน และวัดระดับ รพ.สต.				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑.ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination : BSE)		ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๙๒

วิธีการประเมินผล

รายการที่ ๑ : A(BSE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE

รายการที่ ๒ : B(BSE) = จำนวนสตรีในกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A(BSE)/B(BSE) X ๑๐๐

เป้าหมายตัวชี้วัด : ร้อยละ ๙๒

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๘	๑
๒	ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE ร้อยละ ๘๙	๒
๓	ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE ร้อยละ ๙๐	๓
๔	ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE ร้อยละ ๙๑	๔
๕	ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๒	๕

เอกสารสนับสนุน :

๑. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็งเต้านม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ร้อยละของสตรีในกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination : BSE)	ร้อยละ	๗๓.๗๐	๙๒.๓๓	๙๓.๑๗

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

๑. ชื่อ นางปิยะดา ตุงคโสภากำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔- ๒๒๒๒ ๓๕๖ ต่อ ๒๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘- ๔๕๑๔ ๙๔๘๕

๒. ชื่อ-สกุล นางศิวารัตน์ ชาติวิชัยพัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๒๙๔๙๓๒๙

๓. ชื่อ-สกุล นางพรทิพย์ บุตรด้วง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๘๐-๘๓๗๖

๔. ชื่อ-สกุล น.ส.สุภาพร ศรีจิตแจ่ม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒๙๗๑๘๑๘๓

KPI Template งานงานมะเร็ง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	คปสอ. บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๙.๓ ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง				
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิงที่มี (อายุ ๕๐-๗๐ ปี) โดยใช้วิธี FIT Test (Fecal Immunochemical Test) เป็นการตรวจหา เลือดแฝงในอุจจาระ โดยอาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกลบิน ในเม็ดเลือดแดง ที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น โดยตรวจผ่านชุดตรวจที่มีค่า cut-off ๑๐๐ ng/ml ผู้รับการ ตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนการตรวจ วัตถุประสงค์เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะ ก่อนเป็นมะเร็ง หรือเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะต้น ซึ่งประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ คัดกรองแล้วมีผลปกติ /ผลลบ (Negative) จะทำการตรวจคัดกรอง ๑ ครั้ง ในรอบ ๒ ปีงบประมาณ				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๙๐		๙๒	๙๔	๙๖	๙๘
วัตถุประสงค์	เพื่อวัดความครอบคลุม (Coverage) ของประชากรกลุ่มเป้าหมาย ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๕๐-๗๐ ปี) ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และลำไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ) ≥ ร้อยละ ๗๐				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- จำนวนประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) - จำนวนประชากรอายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ** การบันทึกข้อมูล ๑. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ (HosXP, JICISและอื่นๆ) ๒. โปรแกรม Krungthai Digital Health Platform (KTB)				
แหล่งข้อมูล	จากระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ≥ ร้อยละ ๘๐		ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๙๐

วิธีการประเมินผล	A(๑) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง B(๑) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๕๐ – ๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) เป้าหมายรายปี : ประเมินการจาก ๑๐ % ของประชากรอายุ ๕๐ – ๗๐ ปี ทุกสิทธิการรักษา สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A(๑)/B(๑) X ๑๐๐ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test น้อยกว่าร้อยละ ๘๒</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ ๘๔</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ ๘๖</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ ๘๘</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐</td><td>๕</td></tr></table>					ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test น้อยกว่าร้อยละ ๘๒	๑	๒	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ ๘๔	๒	๓	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ ๘๖	๓	๔	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ ๘๘	๔	๕	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																					
๑	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test น้อยกว่าร้อยละ ๘๒	๑																					
๒	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ ๘๔	๒																					
๓	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ ๘๖	๓																					
๔	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test ร้อยละ ๘๘	๔																					
๕	ผลงานการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๐	๕																					
เอกสารสนับสนุน :	๑. <u>แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</u>																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ร้อยละของประชากร กลุ่มเป้าหมาย อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ≥ ร้อยละ ๘๐</td><td>ร้อยละ</td><td>๘๗.๕๖</td><td>๗๖.๔๗</td><td>๙๐.๓๐</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละของประชากร กลุ่มเป้าหมาย อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ≥ ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ	๘๗.๕๖	๗๖.๔๗	๙๐.๓๐					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																			
ร้อยละของประชากร กลุ่มเป้าหมาย อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) ได้รับการ ตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ≥ ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ	๘๗.๕๖	๗๖.๔๗	๙๐.๓๐																			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางปิยะดา ตุงคโสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๒๒๒๒ ๓๕๖ ต่อ ๒๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๔๕๑๔ ๙๔๘๕ ๒. นางศิณารัตน์ ขาติวิชัยพัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๒๙๔-๙๓๒๙ ๓. นางณัฏฐณิชา คำภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๘๖๓-๐๘๕๓ ๔. น.ส.สุภาพร ศรีจิตแจ่ม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒-๙๗๑-๘๑๘๓ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๖ ต่อ																						

KPI Template งานมะเร็ง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๙.๔ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy				
คำนิยาม	๑) ผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐ - < ๖๐ ปี) ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ด้วยวิธี HPV DNA Test เป็นบวก (Positive) แบ่งเป็น - โดยประสานติดต่อเพื่อขอรับคิวส่องกล้อง ก่อนส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอุดรธานี ที่ Line OA (UDH GYNE) ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์ ๑๖ และหรือ ๑๘ หลังจากนั้นส่งตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการ ส่องกล้อง (Colposcopy) - ตรวจพบไวรัส HPV สายพันธุ์อื่นๆ เช่น ๓๑, ๓๓, ๓๙, ๔๕, ๕๑, ๕๒, ๕๖, ๕๘, ๕๙, ๖๖ และ ๖๘ เป็นต้น หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลืมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ ≥ ASCUS ก็จะส่งตรวจ Colposcopy ถ้าผลปกติ แนะนำให้ตรวจ Pap Smear ซ้ำใน ๑ ปี ที่โรงพยาบาล ๒) การส่องกล้อง Colposcopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในปากมดลูก ช่องคลอดปากมดลูก ด้วยการส่องกล้องขยายเพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็ง และมะเร็งปากมดลูกระยะเริ่มต้น เพื่อที่จะได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วที่สุด ขั้นตอนการส่งต่อทำ Colposcopy โรงพยาบาลอุดรธานี - โดยประสานติดต่อเพื่อขอรับคิวส่องกล้อง ก่อนส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลอุดรธานี ที่ Line OA (UDH GYNE)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๕๐		๖๐	๗๐	๗๕	๗๕
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้ที่มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย ที่มีผลคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- จำนวนประชากรหญิงไทย (อายุ ๓๐ - < ๖๐ ปี) ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก - จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy				
แหล่งข้อมูล	- ระบบ ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข - โปรแกรม Krungthai Digital Health Plateform (KTB) - ฐานข้อมูล สปสช. - รายงานข้อมูลการตรวจคัดกรองรายหน่วยบริการ				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน				

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ที่มีผลการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $\geq$ ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐

วิธีการประเมินผล	รายการที่ ๑ : A(Cx) = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy รายการที่ ๒ : B(Cx) = จำนวนประชากรหญิงไทย (อายุ ๓๐ -< ๖๐ ปี) ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกผิดปกติ สูตรคำนวณตัวชี้วัด : รายการที่ ๑/รายการที่ ๒ X ๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐		
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
	๑	ผู้คัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๔๒	๑
	๒	ผู้คัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ร้อยละ ๔๔	๒
	๓	ผู้คัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ร้อยละ ๔๖	๓
	๔	ผู้คัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy ร้อยละ ๔๘	๔
	๕	ผู้คัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕๐	๕

เอกสารสนับสนุน :	๑. <u>แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็งปากมดลูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</u>
------------------	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละของผู้ที่มีผลการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $\geq$ ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ	NA	๗๒.๒๒	๕๙.๖๕

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	๑. นางปิยะดา ตุงคโสภณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๒๒๒๒ ๓๕๖ ต่อ ๒๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๔๕๑๔ ๙๔๘๕ ๒. นางศัญรัตน์ ขาติวิชัยพัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘ ๒๙๔ ๙๓๒๙ ๓. นางพรทิพย์ บุตรด้วง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๓๘๐-๘๓๗๖ ๔. น.ส.สุภาพร ศรีจิตแจ่ม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒๙๗๑๘๑๘๓ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๘
---	--

KPI Template งานมะเร็ง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงาน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง			
ระดับการแสดงผล	คปสอ. บ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๙. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง ๙.๕ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy			
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง ประชากรที่มีอายุ ๕๐ -๗๐ ปี ทุกสิทธิการรักษา ที่มีผลคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ผลการตรวจอุจจาระเป็นผลบวก (FIT test = Positive) ผู้ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ หมายถึง ประชากรเพศชายและเพศหญิง อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fecal Immunochemical Test เป็นบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการคนหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น			
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy				
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
≥ร้อยละ ๗๕		ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๕
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ผู้ที่มีผลการตรวจ FIT test Positive ได้รับการส่องกล้องทางเดินอาหาร Colonoscopy - เพื่อให้ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ได้รับการรักษาที่ถูกต้องและรวดเร็ว - เพื่อลดอัตราการตายของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงให้ครอบคลุมทุกพื้นที่			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรที่มีอายุ ๕๐ -๗๐ ปี ทุกสิทธิการรักษา ที่มีผลคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงผิดปกติ ผลการตรวจอุจจาระเป็นผลบวก (FIT test = Positive)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. รายงาน ๔๓ แฟ้ม / รายงานประจำเดือน ๒. เวชระเบียน			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ที่มีผลตรวจผิดปกติ พบผลบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy			
รายการข้อมูล	B = จำนวนผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี FIT Test พบผลบวก (Positive)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘			
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :				
เกณฑ์ประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน
๒๘.๕ ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy		≥ร้อยละ ๔๕	≥ร้อยละ ๕๕	≥ร้อยละ ๖๕
				≥ร้อยละ ๗๕

วิธีการประเมินผล :	A = จำนวนผู้ที่มีผลตรวจผิดปกติ พบผลบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy B = จำนวนผู้ที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ด้วยวิธี FIT Test พบผลบวก (Positive) สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐																							
	<table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๖๓.๐๐ – ๖๕.๙๙</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๖๖.๐๐ – ๖๘.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๖๙.๐๐ – ๗๑.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๗๒.๐๐ – ๗๔.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ≥ ร้อยละ ๗๕</td><td>๕</td></tr></table>						ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๖๓.๐๐ – ๖๕.๙๙	๑	๒	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๖๖.๐๐ – ๖๘.๙๙	๒	๓	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๖๙.๐๐ – ๗๑.๙๙	๓	๔	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๗๒.๐๐ – ๗๔.๙๙	๔	๕	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ≥ ร้อยละ ๗๕	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																						
๑	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๖๓.๐๐ – ๖๕.๙๙	๑																						
๒	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๖๖.๐๐ – ๖๘.๙๙	๒																						
๓	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๖๙.๐๐ – ๗๑.๙๙	๓																						
๔	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ร้อยละ ๗๒.๐๐ – ๗๔.๙๙	๔																						
๕	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ≥ ร้อยละ ๗๕	๕																						
เอกสาร สนับสนุน	๑. รายงาน HDC จังหวัดอุดรธานี ระดับโรงพยาบาลระดับอำเภอ ๒. เวชระเบียน																							
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๔</th><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ปี ๒๕๖๘</td><td>ร้อยละ</td><td>๕๐</td><td>๘๑.๖๗</td><td>๕๐.๕๑</td><td>๖๘.๙๒</td></tr></table> รายงาน HDC จังหวัดอุดรธานี ระดับโรงพยาบาลระดับอำเภอ						Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ปี ๒๕๖๘	ร้อยละ	๕๐	๘๑.๖๗	๕๐.๕๑	๖๘.๙๒		
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																						
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																			
ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy ปี ๒๕๖๘	ร้อยละ	๕๐	๘๑.๖๗	๕๐.๕๑	๖๘.๙๒																			
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ชื่อ- สกุล นางสาวกรรณิกา คำดวง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๙๖ , ๑๙๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓๓๒๐๒๔๒๗ E-mail: Kannika.khmd@gmail.com																							

KPI Template งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๑๐. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs) ๑๐.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๑๐.๒ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	๑.ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบที่ได้รับ การคัดกรองและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในปีงบประมาณ โดยวิธีการคัดกรอง มี ๒ วิธี ดังนี้ (๑) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl (๒) การตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (RCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหาร มีค่า ≥ 140 mg/dl และตรวจคัดกรองซ้ำตั้งแต่ ๑ วันถัดไป โดยวิธีเจาะปลายนิ้ว (FCBG) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคสในเลือดที่เจาะจากหลอดเลือดดำ (FPG) ตอนเช้าหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หมายเหตุ : ๑. ควรดำเนินการคัดกรองโดยวิธีที่ (๑) เป็นอันดับแรกก่อน เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการคัดกรองในกลุ่มที่ยังไม่มีอาการ และลดขั้นตอน ๒. กลุ่มที่ได้รับการคัดกรองแบบ RPG / RCBG วิธีที่ (๒) มีค่าระดับน้ำตาล ≥ 140 mg/dl ต้องได้รับการตรวจคัดกรองซ้ำแบบ FPG / FCBG วิธีที่ (๑) ในวันถัดไป การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ได้รับการตรวจยืนยัน วินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรอง และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน (ภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ) ตามแนวทางเวชปฏิบัติ สำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖ หมายเหตุ : กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานต้องได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยภายใน ๑ - ๑๘๐ วัน ก่อนสิ้นปีงบประมาณ โดยไม่ต้องเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมก่อน ๒. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐ - ๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่า

ความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐ -๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน ๙๐ วัน หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยความดันโลหิตสูง หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย ≥ร้อยละ ๙๕ แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ≥ร้อยละ ๖๐ จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ เนื่องจากHBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานบริการสาธารณสุข (OBPM) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ OBPM ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ					
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs)					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๒๗. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs)					
๑) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	๗๐	๗๐	๗๒	๗๔	๗๔
๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	๙๐	๙๐	๙๒	๙๔	๙๔
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากการคัดกรองได้รับการตรวจติดตามเพื่อยืนยัน นำไปสู่การวินิจฉัย และได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็ว ๒. เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๒. ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในปัจุบันประมาณ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC สสจ.อุดรธานี				

ระยะเวลาประเมินผล	๑๒ เดือน																							
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘																								
<table><tr><td>เกณฑ์ประเมิน</td><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td colspan="5">๒๗. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs)</td></tr><tr><td>๑) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน</td><td>ร้อยละ ๔๐</td><td>ร้อยละ ๕๐</td><td>ร้อยละ ๖๐</td><td>ร้อยละ ๗๐</td></tr><tr><td>๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</td><td>ร้อยละ ๖๐</td><td>ร้อยละ ๗๐</td><td>ร้อยละ ๘๐</td><td>ร้อยละ ๙๐</td></tr></table>					เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	๒๗. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs)					๑) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																				
๒๗. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs)																								
๑) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐																				
๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐																				
วิธีประเมินผล	๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสัยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑-๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $(A / B) \times 100$ เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๕.๐๐ – ๕๙.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๐.๐๐ – ๖๔.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table> ๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน(ภายใน ๙๐ วัน) หรือ การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม (ภายใน ๙๐ วัน) ด้วยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้องตามมาตรฐานตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒ หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจัยโรคความดันโลหิตสูง				ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕	๑	๒	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๕.๐๐ – ๕๙.๙๙	๒	๓	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๐.๐๐ – ๖๔.๙๙	๓	๔	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๔	๕	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป	๕		
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																						
๑	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕	๑																						
๒	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๕.๐๐ – ๕๙.๙๙	๒																						
๓	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๐.๐๐ – ๖๔.๙๙	๓																						
๔	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๔																						
๕	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป	๕																						

	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณและเป็นกลุ่มเสี่ยงป่วยความดันโลหิตสูง สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A /B) x ๑๐๐ เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๐.๐๐ – ๘๔.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๕.๐๐ – ๘๙.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕	๑	๒	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙	๒	๓	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๐.๐๐ – ๘๔.๙๙	๓	๔	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๕.๐๐ – ๘๙.๙๙	๔	๕	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป	๕
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																	
๑	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕	๑																	
๒	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙	๒																	
๓	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๐.๐๐ – ๘๔.๙๙	๓																	
๔	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๘๕.๐๐ – ๘๙.๙๙	๔																	
๕	การตรวจติดตามกลุ่มเสี่ยงป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป	๕																	
เอกสารสนับสนุน	๑.แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ สมาคมความดัน โลหิตสูงแห่งประเทศไทย ๒.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๗																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี</td><td>ร้อยละ</td><td>๘๐.๓๖</td><td>๗๕.๕๖</td><td>๗๒.๘๖</td></tr><tr><td>๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี</td><td>ร้อยละ</td><td>๙๙.๓๐</td><td>๙๘.๘๐</td><td>๘๗.๒๔</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	๘๐.๓๖	๗๕.๕๖	๗๒.๘๖	๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๙๙.๓๐	๙๘.๘๐	๘๗.๒๔
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗															
๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	๘๐.๓๖	๗๕.๕๖	๗๒.๘๖															
๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๙๙.๓๐	๙๘.๘๐	๘๗.๒๔															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางณัฐนาฏ ทองมีศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๓-๕๐๒๕๕๘๔ ๒. น.ส.สุภาวดี แดงนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓. โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๘-๓๐๒๘๘๓๙ ๓. นางฉันทนา ผิวสว่าง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓. โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘- ๑๐๗๗๔๗๙																		

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๑๑ ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔				
คำนิยาม	CKD หมายถึง ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR (estimated glomerular filtration rate) หมายถึง อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI ผู้ป่วยโรคไต ระยะที่ ๓a หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) G๓a: GFR ๔๕ – ๕๙ ml/min/๑.๗๓m^๒ ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) ผู้ป่วยโรคไต ระยะที่ ๓b หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) G๓a: GFR ๓๐-๔๔ ml/min/๑.๗๓m^๒ ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) ผู้ป่วยโรคไต ระยะที่ ๔ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีค่า G๓b: GFR ๑๕-๒๙ ml/min/๑.๗๓m^๒ ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI) ICD-๑๐ = N ๑๘.๓ N๑๘.๔ Chronic kidney disease, stage N๑๘.๔ Chronic kidney disease, stage ๔				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐	ไม่เกิน ร้อยละ ๘	ไม่เกิน ร้อยละ ๖	ไม่เกิน ร้อยละ ๕	ไม่เกิน ร้อยละ ๕
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการรวมกัน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓-๔ หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม Diagnosis OPD ที่มี eGFR < ๖๐ ≥ ๑๕				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๖ เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๔ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๓ เดือน				
	๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ eGFR ห้องปฏิบัติการนำผลการตรวจเข้าในระบบ HIS ของโรงพยาบาลทุกครั้ง และโรงพยาบาลส่งข้อมูลรูปแบบมาตรฐาน (๔๓ แฟ้ม) เข้าสู่ระบบ HDC ตามระยะเวลาที่ HDC กำหนด				

	๓. โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (๔๓ แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time
แหล่งข้อมูล	๑. การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๖ เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๔ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๓ เดือน ๒. ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจ eGFR ห้องปฏิบัติการนำผลการตรวจเข้าในระบบ HIS ของโรงพยาบาลทุกครั้ง และโรงพยาบาลส่งข้อมูลรูปแบบมาตรฐาน (๔๓ แฟ้ม) เข้าระบบ HDC ตามระยะเวลาที่ HDC กำหนด ๓. โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (๔๓ แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time
ระยะเวลา ประเมินผล	รายงานรอบ ๑๒ เดือน

เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘

เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐	ไม่เกิน ร้อยละ ๑๐

วิธีการประเมินผล

ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔ มีรายละเอียด ดังนี้

รายการที่ ๑ : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๔ รายใหม่ ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันมากกว่า หรือเท่ากับ ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง ๑ ปี งบประมาณ และมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5

รายการที่ ๒ : จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ ทั้งหมด ที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ Creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันมากกว่า หรือเท่ากับ ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่อ่อนหลัง ๑ ปี งบประมาณ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : รายการที่ ๑/รายการที่ ๒ $\times 100$

เกณฑ์เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๑๐

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	ผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔ มากกว่าร้อยละ ๑๖	๑
๒	ผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔ ร้อยละ ๑๔.๐๑ – ๑๖.๐๐	๒
๓	ผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔ ร้อยละ ๑๒.๐๑ – ๑๔.๐๐	๓
๔	ผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔ ร้อยละ ๑๐.๐๑ – ๑๒.๐๐	๔
๕	ผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑๐	๕

เอกสารสนับสนุน	๑. คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ.๒๕๖๕ (ฉบับปรับปรุง) สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย ๒. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) ๓. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ ๔. CKD Guideline ของสมาคมโรคไต ปี ๒๕๖๖																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>๑. ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๑. ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔	ร้อยละ	NA	NA	NA
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗														
๑. ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ ๓ เป็นระยะที่ ๔	ร้อยละ	NA	NA	NA														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางณัฐนาฏ ทองมีศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๓- ๕๐๒๕๕๘๔ ๒. นางฉันทนา ผิวสว่าง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓. โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘- ๑๐๗๗๔๗๙																	

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๑๒. ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน wellness community ๑๒.๑ อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕ จากปีฐาน ๒๕๖๗) ๑๒.๒ อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type ๑/๒) ลดลง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑ จากปีฐาน ๒๕๖๗)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณปัจจุบัน และไม่เคยไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยเบาหวานมาก่อน ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณปัจจุบัน ลดลงจากปีงบประมาณที่ผ่านมา กลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) หมายถึง ประชากรอายุ น้อยกว่า ๓๐ ปี ที่มีค่าระดับน้ำตาลใน เลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง				
เกณฑ์เป้าหมาย : ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน wellness community					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๒๘. ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน wellness community	๒.๕ คะแนน	๓ คะแนน	๓.๕ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๒๘.๑ อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕ จากปีฐาน ๒๕๖๗)	๕	๕	๕	๕	๕
๒๘.๒ อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type ๑) (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑ จากปีฐาน ๒๕๖๗)	๑	๑	๑	๑	๑
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อลดผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน Type ๑)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยที่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ในปีงบประมาณปัจจุบัน				

	๒. ประชากรอายุน้อยกว่า ๓๕ ปีในเขตรับผิดชอบ (type area ๑) ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส และรายปี

เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘				
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน wellness community (DM remission)	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๒.๐ คะแนน	๒.๕ คะแนน
๑) อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕ จากปีฐาน ๒๕๖๗)	ร้อยละ ๒	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๔	ร้อยละ ๕
๒) อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type ๑) (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑ จากปีฐาน ๒๕๖๗)	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๑

วิธีการประเมินผล	๑.ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน wellness community มีคะแนนทั้งหมด ๕ คะแนน โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้		
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
	๑	มีการจัดตั้งศูนย์ Wellness Community ครบทุกแห่ง (ทั้งหมด ๒๑ แห่ง)	๐.๕ คะแนน
	๒	มีการจัดอบรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง ตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) (ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ ๘๐)	๐.๕ คะแนน
	๓	มีการติดตามประเมินผลผู้ป่วย ครบทั้ง ๖ รอบ (ร้อยละ ๑๐๐) รอบที่ ๑ : เดือนที่ ๑ ติดตามผู้ป่วย จำนวน ๓ ครั้ง/เดือน รอบที่ ๒ : เดือนที่ ๓ ติดตามผู้ป่วย จำนวน ๑ ครั้ง/เดือน รอบที่ ๓ : เดือนที่ ๖ ติดตามผู้ป่วย จำนวน ๑ ครั้ง/เดือน รอบที่ ๔ : เดือนที่ ๙ ติดตามผู้ป่วย จำนวน ๑ ครั้ง/เดือน รอบที่ ๕ : เดือนที่ ๑๒ ติดตามผู้ป่วย จำนวน ๑ ครั้ง/เดือน	๒ คะแนน
	๔	ผู้ป่วยสามารถลด/หยุดยาเบาหวานได้หลังอบรม ๓ เดือน (ร้อยละ ๒๐)	๒ คะแนน

	๑.๑ อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕ จากปีฐาน ๒๕๖๗) รายการที่ ๑ : A๑ : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ในปีงบประมาณปัจจุบัน รายการที่ ๒ : B๑ : จำนวนผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าด้วยโรคเบาหวาน (E๑๐-E๑๔) ในปีงบประมาณที่ผ่านมา สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $[(B๑-A๑)/B๑] \times ๑๐๐$ เกณฑ์เป้าหมาย : $\geq$ร้อยละ ๕ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><th>ค่าคะแนน ๑</th><th>ค่าคะแนน ๒</th><th>ค่าคะแนน ๓</th><th>ค่าคะแนน ๔</th><th>ค่าคะแนน ๕</th></tr><tr><td>ร้อยละ ๑</td><td>ร้อยละ ๒</td><td>ร้อยละ ๓</td><td>ร้อยละ ๔</td><td>$\geq$ร้อยละ ๕</td></tr></table> ๑.๒ อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type ๑) ลดลง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑ จากปีฐาน ๒๕๖๗) รายการที่ ๑ : A : ประชากรใน B ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่และขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณปัจจุบัน รายการที่ ๒ : B : จำนวนประชากรอายุน้อยกว่า ๓๐ ปี ในเขตรับผิดชอบที่เป็นกลุ่ม Pre-DM (ภาวะก่อนเบาหวาน) ปีงบประมาณที่ผ่านมา สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $(A/B) \times ๑๐๐$ เกณฑ์เป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๑ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><th>ค่าคะแนน ๑</th><th>ค่าคะแนน ๒</th><th>ค่าคะแนน ๓</th><th>ค่าคะแนน ๔</th><th>ค่าคะแนน ๕</th></tr><tr><td>ร้อยละ ๐</td><td>ร้อยละ ๐.๒๕</td><td>ร้อยละ ๐.๕</td><td>ร้อยละ ๐.๗๕</td><td>$\geq$ร้อยละ ๑</td></tr></table>	ค่าคะแนน ๑	ค่าคะแนน ๒	ค่าคะแนน ๓	ค่าคะแนน ๔	ค่าคะแนน ๕	ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๒	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๔	$\geq$ ร้อยละ ๕	ค่าคะแนน ๑	ค่าคะแนน ๒	ค่าคะแนน ๓	ค่าคะแนน ๔	ค่าคะแนน ๕	ร้อยละ ๐	ร้อยละ ๐.๒๕	ร้อยละ ๐.๕	ร้อยละ ๐.๗๕	$\geq$ ร้อยละ ๑
ค่าคะแนน ๑	ค่าคะแนน ๒	ค่าคะแนน ๓	ค่าคะแนน ๔	ค่าคะแนน ๕																	
ร้อยละ ๑	ร้อยละ ๒	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๔	$\geq$ ร้อยละ ๕																	
ค่าคะแนน ๑	ค่าคะแนน ๒	ค่าคะแนน ๓	ค่าคะแนน ๔	ค่าคะแนน ๕																	
ร้อยละ ๐	ร้อยละ ๐.๒๕	ร้อยละ ๐.๕	ร้อยละ ๐.๗๕	$\geq$ ร้อยละ ๑																	
เอกสารสนับสนุน	๑. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ๒. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>๑. อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕ จากปีฐาน ๒๕๖๗)</td><td>ร้อยละ</td><td>-๕.๕๗</td><td>-๕๒.๗๒</td><td>๖.๔๖</td></tr><tr><td>๒. อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type ๑) (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑ จากปีฐาน ๒๕๖๗)</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๑. อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕ จากปีฐาน ๒๕๖๗)	ร้อยละ	-๕.๕๗	-๕๒.๗๒	๖.๔๖	๒. อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type ๑) (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑ จากปีฐาน ๒๕๖๗)	ร้อยละ	NA	NA	NA		
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																	
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																	
๑. อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕ จากปีฐาน ๒๕๖๗)	ร้อยละ	-๕.๕๗	-๕๒.๗๒	๖.๔๖																	
๒. อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type ๑) (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๑ จากปีฐาน ๒๕๖๗)	ร้อยละ	NA	NA	NA																	

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	๑. นางณัฐนาฏ ทองมีศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๓-๕๐๒๕๕๘๔ ๒. นางฉันทนา ผิวสว่าง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓. โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘- ๑๐๗๗๔๗๙ ๓. น.ส.สุภาวดี แดงนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๘-๓๐๒๘๘๓๙
---	--

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ Service Excellences
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ในการมีและใช้ระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ จังหวัดอุดรธานี Phase ๒
คำนิยาม	ระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จจังหวัดอุดรธานี(UDON SMART DISABILITY SERVICE : USDS) หมายถึง ระบบบริการที่นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดูแลประชาชนกลุ่มเปราะบาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดให้บริการที่เดียวและพัฒนาระบบบริการคุณภาพชีวิตคนพิการ และการจัดเก็บข้อมูลและเชื่อมต่อฐานข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ทำบันทึกความร่วมมือระหว่าง ๓ หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี และสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานี Web Application R๘-NDS คือ เว็บไซต์ที่พัฒนาขึ้นเพื่ออำนวยความสะดวกแก่คนพิการ ในการรับสิทธิขั้นพื้นฐาน ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐ แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๕๖ มีหน้าที่ส่งเอกสารรับรองความพิการ อาทิ สำเนาบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน รูปถ่าย หมายรับเลี้ยงความพิการ และเอกสารสำคัญต่างๆ ที่ใช้ประกอบการ ๑.ยื่นจดทะเบียนคนพิการ ๒.ยื่นขอรับเบี้ยความพิการไปในคราวเดียวกัน โดยส่งเอกสารไปยัง สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) “เพื่อขึ้นทะเบียนออกบัตรคนพิการ” จากนั้นข้อมูลไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) “เพื่อขึ้นทะเบียนขอรับเบี้ยความพิการ” รูปแบบการรับรองความพิการและดูแลต่อเนื่องแบบเบ็ดเสร็จจังหวัดอุดรธานี Phase ๒ คือ ส่งข้อมูลไปยังองค์กรการบริหารส่วนจังหวัดอุดรธานี/สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี เพื่อขอรับการสนับสนุนให้คนพิการได้รับการดูแลด้านการปรับปรุงอาคารที่อยู่อาศัย ภายอุปกรณ์ สาธารณูปโภค พื้นฐานหรือปัจจัยอื่นๆ ตามความจำเป็นและเหมาะสม เพื่อมีคุณภาพชีวิตที่ดี คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่อง ๑.ทางการเห็น ๒.ทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ๓.ทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ๔.ทางจิตใจหรือพฤติกรรม ๕.ทางสติปัญญา ๖.ทางการเรียนรู้ ๗.ออทิสติก ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆ และมีความจำเป็นเป็นพิเศษ ที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใด เพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด “การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ” หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพ หรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใด เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมอย่างเต็มศักยภาพ

	“การส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต” หมายความว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ การจัดสวัสดิการการส่งเสริมและพิทักษ์สิทธิ การสนับสนุนให้คนพิการสามารถดำรงชีวิตอิสระ มีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์และเสมอภาคกับบุคคลทั่วไป มีส่วนร่วมทางสังคมอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ “ผู้ดูแลคนพิการ” หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะคนพิการ “ผู้ช่วยคนพิการ” หมายความว่า บุคคลซึ่งให้ความช่วยเหลือคนพิการเฉพาะบุคคลเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรที่สำคัญในการดำรงชีวิต ทั้งนี้ ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จของ คปสอ. ในการมีและใช้ระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จ จังหวัดอุดรธานี Phase ๒				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเป็นการให้บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว และพัฒนาระบบบริการคุณภาพชีวิตคนพิการ ๒. เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าถึงบริการอย่างรวดเร็วและลดระยะเวลาในการดำเนินการ ๓. เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายของคนพิการในการเดินทาง ๔. พัฒนาระบบบริการและการจัดเก็บข้อมูลและเชื่อมต่อฐานข้อมูลระหว่างองค์กร ๕. สามารถสร้างฐานข้อมูลคนพิการระดับประเทศที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ ครบถ้วน ซึ่งเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน (single data set) ของทั้ง ๓ กระทรวง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้มารับบริการ ได้แก่ คนพิการ ญาติคนพิการ กลุ่มเปราะบาง และกลุ่มผู้สูงอายุ ๒. ผู้ให้บริการ ได้แก่ แพทย์ กายภาพบำบัด บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล - สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) - องค์การบริหารส่วนจังหวัด/ตำบล/เทศบาล/ อสม.และผู้นำชุมชน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบ้านผือ เป็นผู้สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล รายงานต่างๆโดยการบันทึกทะเบียนผู้ป่วย /รายงาน/เอกสาร/ภาพถ่าย/ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์/ระบบโปรแกรมออนไลน์
แหล่งข้อมูล	๑. คำสั่งคณะกรรมการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระบบ USDS Phase ๒ ระดับอำเภอ ๒. บันทึกรายงานการประชุมการกำกับติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระบบ USDS Phase ๒ ๓. ประมวลผลข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จจังหวัดอุดรธานี Phase ๒ (UDON SMART DISABILITY SERVICE PHASE ๒ : USDS Phase ๒)
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับความสำเร็จของการมีและใช้ระบบ USDS Phase ๒	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕

วิธีการประเมินผล :	<table><tr><th>ระดับความสำเร็จ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th></tr><tr><td>๑</td><td>๑) มีคำสั่งคณะกรรมการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระบบ USDS Phase ๒ ระดับอำเภอ</td></tr><tr><td>๒</td><td>ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑ และ ๑) มีการลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบ USDS Phase ๑ (รพ. ร้อยละ ๑๐๐, อปท. ร้อยละ ๑๐๐)</td></tr><tr><td>๓</td><td>ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒ และ ๑) มีการลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบ USDS Phase ๒ (รพสต. ร้อยละ ๑๐๐, อสม. ร้อยละ ๑๐๐)</td></tr><tr><td>๔</td><td>ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓ และ ๑) มีการบันทึกข้อมูลขึ้นทะเบียนคนพิการรายใหม่ในระบบ USDS</td></tr><tr><td>๕</td><td>ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓,๔ และ ๑) มีการประชุมคณะกรรมการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระบบ USDS ระดับอำเภอ (แบบ Onsite หรือผ่านระบบ Online) รอบ ๓ เดือน และมีการบันทึกสรุปรายงานการประชุมทุกครั้ง ๒) ผู้พิการทุกคนจะได้รับสิทธิคนพิการและได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐</td></tr></table>	ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์การประเมิน	๑	๑) มีคำสั่งคณะกรรมการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระบบ USDS Phase ๒ ระดับอำเภอ	๒	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑ และ ๑) มีการลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบ USDS Phase ๑ (รพ. ร้อยละ ๑๐๐, อปท. ร้อยละ ๑๐๐)	๓	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒ และ ๑) มีการลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบ USDS Phase ๒ (รพสต. ร้อยละ ๑๐๐, อสม. ร้อยละ ๑๐๐)	๔	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓ และ ๑) มีการบันทึกข้อมูลขึ้นทะเบียนคนพิการรายใหม่ในระบบ USDS	๕	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓,๔ และ ๑) มีการประชุมคณะกรรมการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระบบ USDS ระดับอำเภอ (แบบ Onsite หรือผ่านระบบ Online) รอบ ๓ เดือน และมีการบันทึกสรุปรายงานการประชุมทุกครั้ง ๒) ผู้พิการทุกคนจะได้รับสิทธิคนพิการและได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐	
ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์การประเมิน													
๑	๑) มีคำสั่งคณะกรรมการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระบบ USDS Phase ๒ ระดับอำเภอ													
๒	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑ และ ๑) มีการลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบ USDS Phase ๑ (รพ. ร้อยละ ๑๐๐, อปท. ร้อยละ ๑๐๐)													
๓	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒ และ ๑) มีการลงทะเบียนผู้ใช้งานระบบ USDS Phase ๒ (รพสต. ร้อยละ ๑๐๐, อสม. ร้อยละ ๑๐๐)													
๔	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓ และ ๑) มีการบันทึกข้อมูลขึ้นทะเบียนคนพิการรายใหม่ในระบบ USDS													
๕	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓,๔ และ ๑) มีการประชุมคณะกรรมการกำกับ ติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงานระบบ USDS ระดับอำเภอ (แบบ Onsite หรือผ่านระบบ Online) รอบ ๓ เดือน และมีการบันทึกสรุปรายงานการประชุมทุกครั้ง ๒) ผู้พิการทุกคนจะได้รับสิทธิคนพิการและได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ร้อยละ ๑๐๐													
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือการดำเนินงานระบบบริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จจังหวัดอุดรธานี Phase ๒ (UDON SMART DISABILITY SERVICE PHASE ๒ : USDS Phase ๒)													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ระดับความสำเร็จของการมีและใช้ระบบ USDS Phase ๒</td><td>ระดับความสำเร็จ</td><td>NA</td><td>๔</td><td>๕</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ระดับความสำเร็จของการมีและใช้ระบบ USDS Phase ๒	ระดับความสำเร็จ	NA	๔	๕
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗										
ระดับความสำเร็จของการมีและใช้ระบบ USDS Phase ๒	ระดับความสำเร็จ	NA	๔	๕										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบ้านผือ นางสาวขวัญเรือน พาดฤทธิ์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๗๔๖-๓๐๑๙ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๘๓													

เป้าประสงค์ที่ 2

ลดอัตราป่วย อัตราตาย ภัยคุกคาม
สุขภาพที่เป็นปัญหาในพื้นที่



KPI Template งานควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ			
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๑๔. อัตราการป่วยรวม ๑๔.๑ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี			
คำนิยาม	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวน ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๘ - ณ เดือนที่ประเมิน X ๑๐๐,๐๐๐ / จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๘ ค่ามัธยฐาน (Median) ย้อนหลัง ๕ ปี หมายถึง ค่ากลางที่ได้จากการเรียงลำดับข้อมูล อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นรายเดือน (มกราคม-ธันวาคม) ตั้งแต่ปี ๒๕๖๓ -๒๕๖๗ ตามปีปฏิทิน อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ปี พ.ศ. ๒๕๖๗ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง มากกว่าร้อยละ ๒๐) (เก็บข้อมูลตั้งแต่ ๑ มกราคม ๒๕๖๘ – สิงหาคม ๒๕๖๘)			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ลดลง > ร้อยละ ๒๐	ลดลง > ร้อยละ ๒๐	ลดลง > ร้อยละ ๒๐	ลดลง > ร้อยละ ๒๐	ลดลง > ร้อยละ ๒๐
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่รายงานเข้ารายงาน D๕๐๖			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.รายงานข้อมูลเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคติดต่อและทางระบาดวิทยาใน D๕๐๖ ของโรงพยาบาลบ้านผือ ๒.ระบบรายงาน R๕๐๖ Dashboard ๓.ทะเบียนรายงานแบบสอบสวนโรคเฉพาะราย			
แหล่งข้อมูล/ข้อมูลสนับสนุน	๑.รายงาน D๕๐๖ ของโรงพยาบาลบ้านผือ / รายงาน R๕๐๖ Dashboard ๒.รายงานแบบสอบสวนโรคเฉพาะรายผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก			
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (มกราคม ๒๕๖๘ – ณ เดือนที่ประเมิน) B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๘			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X๑๐๐,๐๐๐			
ระยะเวลาประเมิน	๑ มกราคม ๒๕๖๘ – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๘			
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗)	อัตราป่วยลดลงมากกว่าร้อยละ ๒๐	อัตราป่วยลดลงมากกว่าร้อยละ ๒๐	อัตราป่วยลดลงมากกว่าร้อยละ ๒๐	อัตราป่วยลดลงมากกว่าร้อยละ ๒๐

วิธีการประเมินผล	เกณฑ์การประเมินผลอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗) ดังนี้																	
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน													
	๑	อัตราป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่าค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗)			๑													
	๒	อัตราป่วยเท่ากันกับค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗)			๒													
	๓	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗) ร้อยละ ๙			๓													
	๔	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗) ร้อยละ ๑๐ - ๑๙			๔													
	๕	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปีย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒๐			๕													
เอกสารสนับสนุน :	รายงาน D๕๐๖ ของโรงพยาบาลบ้านผือ / รายงาน R๕๐๖ Dashboard																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง</td><td>ต่อแสนปชก.</td><td>(๒๖ ราย) ๒๓.๕๕/แสนปชก.</td><td>(๕๔ ราย) ๔๘.๙๓/แสนปชก.</td><td>(๖๓ ราย) ๕๗.๐๘/แสนปชก.</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง	ต่อแสนปชก.	(๒๖ ราย) ๒๓.๕๕/แสนปชก.	(๕๔ ราย) ๔๘.๙๓/แสนปชก.	(๖๓ ราย) ๕๗.๐๘/แสนปชก.
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗														
อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง	ต่อแสนปชก.	(๒๖ ราย) ๒๓.๕๕/แสนปชก.	(๕๔ ราย) ๔๘.๙๓/แสนปชก.	(๖๓ ราย) ๕๗.๐๘/แสนปชก.														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. น.ส.กฤติยาภรณ์ คนยืน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๖๗๖๙๔๖๗ ๒. นายพงษ์พร ฮวดไชย ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๙๓๗๘๐๑๐																	

KPI Template งานวัณโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงาน	แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	คปสอ. บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๑๔.๒ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่				
คำนิยาม	๑. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ ๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา ๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้ผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่ผลตรวจ ๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า๑เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่มคือ ๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง ๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่ผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค ๓. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละ ๘๘		ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่รักษาหายและรักษาครบกำหนด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลบ้านผือ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (NTIP) (National Tuberculosis Information Program : NTIP)				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)				

รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๗) โดยมีผลการรักษาหาย (Cure) รวมกับรักษาครบ (Complete) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๘) เพื่อนำผลการรักษา (Outcome) ไปรายงานผลลัพธ์ในสิ้นเดือนกันยายน ๒๕๖๘ B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม ๒๕๖๗)																	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐																	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง (ไตรมาสที่ ๔)																	
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :																		
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน													
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่รักษาหายและรักษาครบ		-	-	-	ร้อยละ ๘๘													
วิธีการประเมินผล	เกณฑ์การให้คะแนนอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ – ธันวาคม ๒๕๖๗)																	
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน													
	๑	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๗๔			๑													
	๒	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนร้อยละ ๗๗.๕			๒													
	๓	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๘๑			๓													
	๔	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๘๔.๕			๔													
	๕	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ≥ ๘๘			๕													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td>๒๕๖๕</td><td>๒๕๖๖</td><td>๒๕๖๗</td></tr><tr><td>อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>๗๕.๑๔</td><td>๗๗.๗๐</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	NA	๗๕.๑๔	๗๗.๗๐
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗														
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	NA	๗๕.๑๔	๗๗.๗๐														
เอกสารสนับสนุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี กองวัณโรค																	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางณัฐชยากร ผ่องใสโสภณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๖๙: โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๖๕-๙๕๒๕																	

KPI Template งานวัณโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงาน	แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	คปสอ. บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๑๔.๓ ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ				
คำนิยาม	๑. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ ๑.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed: B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง ๑.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค ๒. ความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน) ๓. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุบัติการณ์วัณโรค (๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (๑๐๓,๐๐๐ ราย) ในประเทศไทย จากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report ๒๐๒๒) ๔. กลุ่มเป้าหมาย ๔.๑ การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละ ๘๕		ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่และกลับเป็นซ้ำได้ขึ้นทะเบียนรักษา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลบ้านผือ				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (NTIP) และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุตรธานี เพื่อส่งต่อให้กลุ่มเฝ้าระวังและพัฒนาข้อมูล สำนักวัณโรค รวบรวม เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงที่ใช้รายงานให้กระทรวงสาธารณสุข										
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)										
รายการข้อมูล	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๗ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๘) B = จำนวนคาดการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ คัดจากอัตรา ๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน *หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report ๒๐๒๒ (จำนวนคาดการณ์ = ๑๗๑ คน)										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X ๑๐๐										
ระยะเวลาประเมินผล	ติดตามทุกไตรมาสที่ ๑,๒,๓,๔										
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :											
<table><tr><td>เกณฑ์การประเมิน</td><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ</td><td>ร้อยละ ๕๐</td><td>ร้อยละ ๖๕</td><td>ร้อยละ ๗๕</td><td>ร้อยละ ๘๕</td></tr></table>		เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๕
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน							
ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๕							
เกณฑ์การให้คะแนน	เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในไตรมาสที่ ๑ - ๔ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ - กันยายน ๒๕๖๘)										
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน		คะแนน							
	๑	ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๗๕		๑							
	๒	ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๗๗.๕		๒							
	๓	ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๐		๓							
	๔	ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ๘๒.๕		๔							
	๕	ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ ≥๘๕		๕							

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วย วัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ	NA	๘๔.๙๖	๗๑.๒๐
เอกสารสนับสนุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี กองวัณโรค				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางณัฐชยากร ผ่องใสโสภณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๖๙ : โทรศัพท์ ๐๘๑-๙๖๕-๙๕๒๕				

KPI Template งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	แผนที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๑๕. อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๑๑.๗๘ ต่อแสนประชากร			
คำนิยาม	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-๑๐ = V๐๑-V๘๙) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่จุดเกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนึกนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน (ปี ๒๕๕๔-๒๕๖๓) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ ๕๐ โดยเริ่มตั้งแต่ปี ๒๕๕๔ เป็นต้นไป ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ ๒๕๕๙ ในรอบ ๙ เดือน หรือสิ้นสุดไตรมาส ๓ พบว่าอัตราตายอยู่ที่ ๑๕ ต่อประชากรแสนคน ซึ่งคาดว่าจะเมื่อสิ้นไตรมาสที่ ๔ อัตราตายจะเพิ่มมากกว่า ๑๘ ต่อประชากรแสนคน จึงขอตั้งเป้าหมายลดอัตราตายไม่เกิน ๑๘ ต่อประชากรแสนคน ประกอบกับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาอุบัติเหตุทางถนนมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบเพียงบางส่วน คือ การบริหารจัดการข้อมูลและประเมินผลการตอบสนองหลังเกิดเหตุ ดังนั้นในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ กระทรวงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงคมนาคม กระทรวงมหาดไทย สำนักงานตำรวจแห่งชาติ จึงเสนอให้มีการแบ่งน้ำหนักความรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๑.๗๘ ต่อประชากรแสนคน				
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
< ๑๑.๗๘	< ๑๐.๓๐	< ๘.๘๒	< ๘.๘๒	< ๘.๘๒
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรทุกกลุ่มอายุที่เสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการเสียชีวิตและบาดเจ็บ โดยใช้ฐานข้อมูลการเคลมประกันภัยของบริษัทกลาง คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด (THAIRSC) ข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (๙ เดือน)			
แหล่งข้อมูล	“ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด			

รายการข้อมูล ๑	A = (จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน V๐๑-V๘๙)			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๘			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)* ๑๐๐,๐๐๐			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนนไม่เกิน ๑๑.๗๘ ต่อประชากรแสนคน				
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ไม่เกิน ๕ ต่อแสนประชากร		ไม่เกิน ๘ ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๑๐ ต่อแสนประชากร	ไม่เกิน ๑๑.๗๘ ต่อแสนประชากร
วิธีการประเมินผล : อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนจากประชากรทุกกลุ่มอายุ ไม่เกิน ๑๑.๗๘ ต่อแสนประชากร โดยมีวิธีการประเมินดังนี้				
ข้อ		เกณฑ์การประเมิน		คะแนน
๑		อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๐.๑๔ ต่อแสนประชากร		๑
๒		อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๑๗.๕๙ ต่อแสนประชากร		๒
๓		อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๑๕.๐๔ ต่อแสนประชากร		๓
๔		อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๑๒.๕๖ ต่อแสนประชากร		๔
๕		อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน น้อยกว่า ๑๑.๗๘ ต่อแสนประชากร		๕
เอกสารสนับสนุน : แนวทางกิจกรรมที่ดำเนินการ				
▪ <u>จังหวัด สสจ. /สสอ./รพ.</u>				
๑. จัดประชุมหารือ ทบทวนการดำเนินงานร่วมกับคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัย ทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ได้แก่ ศึกษาธิการจังหวัด/ปภ. /ขนส่ง/ตำรวจ และเขตพื้นที่ สพม./สพป./อาชีวฯ				
๒. ผลักดัน สนับสนุนให้อำเภอในจังหวัด ที่ดำเนินการ พขอ. เลือกประเด็น RTI				
๓. สนับสนุนให้มีการฝึกอบรม “วัคซีนจราจร” แก่เด็กและเยาวชน เน้นการพัฒนา ศักยภาพ วิทยากรให้มากขึ้น				
๔. สนับสนุนให้มีโรงเรียน/สถานศึกษา ดำเนินการ “TSY Program” โดยเฉพาะโรงเรียน ประจำอำเภอ/ร.ร.ขนาดใหญ่				
๕. จัดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของอำเภอและสถานศึกษา				

	๖. ให้พิจารณาของบประมาณจาก กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) ร่วมกับขนส่งจังหวัด ๗. ติดตามประเมินผล ระดับอำเภอ/จังหวัด ▪<u>สคร.๑ - ๑๒/สปกม.</u> ๑. ถ่ายทอดตัวชี้วัด แนวทางการดำเนินงาน เป้าหมาย แก่จังหวัดในเขต ๒. พัฒนาศักยภาพฝึกอบรมวิทยากร “วัดขึ้นจรจร” และ “TSY Program Manager” ๓. จัดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของจังหวัด อำเภอ และสถานศึกษา ให้เกียรติบัตร ๔. ติดตามประเมินผลในระดับเขต ▪<u>ส่วนกลาง คร.</u> ๑. จัดประชุมถ่ายทอดนโยบาย เป้าหมาย จังหวัดทั่วประเทศ (Online) ร่วมกับภาคี ส่วนกลาง ปภ./สพฐ./ขนส่ง ๒. ส่งเสริมให้มีการจัดการเรียนรู้ “วัดขึ้นจรจร” และ โรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program” ๓. พัฒนาสื่อสนับสนุน ติดตามทุกไตรมาส และประเมินผลในระดับประเทศ																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</th></tr><tr><th colspan="3">พ.ศ. ๒๕๖๗</th></tr><tr><th></th><th></th><th>ไตรมาส ๑</th><th>ไตรมาส ๒</th><th>ไตรมาส ๓</th></tr><tr><td>อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๑๑.๗๘ ต่อแสนประชากร</td><td>อัตราต่อแสนประชากร</td><td>๘.๒๖</td><td>๔.๕๙</td><td>๗.๓๗</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ			พ.ศ. ๒๕๖๗					ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๑๑.๗๘ ต่อแสนประชากร	อัตราต่อแสนประชากร	๘.๒๖	๔.๕๙	๗.๓๗
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ															
		พ.ศ. ๒๕๖๗																	
		ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓															
อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๑๑.๗๘ ต่อแสนประชากร	อัตราต่อแสนประชากร	๘.๒๖	๔.๕๙	๗.๓๗															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุไรภรณ์ พิมพ์ทอง ตำแหน่ง: หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗ โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๙-๗๘๒-๒๙๙๖ โทรสาร: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗ ต่อ ๑๐๒ Email:meng๒๓๒๐@gmail.com สถานที่ทำงาน: งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝ้อ																		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวศศิธร แข็งแรง ตำแหน่ง: เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗ โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๙-๗๘๒-๒๙๙๖ โทรสาร: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗ ต่อ ๑๐๒ Email: meng๒๓๒๐@gmail.com สถานที่ทำงาน: งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝ้อ																		

KPI Template ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘

หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคติดต่อใหม่และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๑๖.ระดับความสำเร็จอำเภอมียุทธศาสตร์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง จำนวน ๑ ศูนย์
คำนิยาม	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง หมายถึง อำเภอบ้านผือมีการดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ ๑ - ๕ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากนี้อาจจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วยด้วย ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ การพัฒนาศูนย์ EOC หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา ๓ ด้าน ดังนี้ - ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ - ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึง ห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ ระบบแสดงผลการประมวลผลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร - ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถระดมมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ ให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลายุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

	All Hazards ได้แก่ ๑. Biological event (ภัยจากโรคติดเชื้อ) ๒. Chemical event (ภัยจากสารเคมี) ๓. Natural & Environment event (ภัยธรรมชาติ และ สิ่งแวดล้อม) ๔. Explosion & Trauma event (ภัยจากอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ ภัยจากการก่อการร้าย/วินาศกรรม) ๕. Radiological event (ภัยจากรังสี) DCIR (Director’s Critical Information Requirement) หมายถึง เกณฑ์การรายงานเหตุการณ์ และการออกดำเนินการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	๑ ศูนย์	๑ ศูนย์	ข้าราชการ ๑ ศูนย์	ข้าราชการ ๑ ศูนย์	ข้าราชการ ๑ ศูนย์

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางของหน่วยงานระดับจังหวัด ๒. เพื่อสนับสนุนการใช้งานระบบการรายงานข้อมูลผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ให้มีความเสถียรภาพด้านความถูกต้อง คุณภาพของข้อมูล และการประมวลผลของระบบให้ครอบคลุม ๓. ติดตามและประเมินการใช้คู่มือกำหนดมาตรฐานรพยบาล กระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อส่งต่อผู้ป่วยให้ปลอดภัยของหน่วยงานระดับจังหวัด ๔. เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้ ๕. เพื่อพัฒนาระบบการบริหารจัดการทรัพยากรสำรองฉุกเฉินและระบบโลจิสติกส์ทางการแพทย์และการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่ดำเนินการได้ทั้ง ๕ ขั้นตอน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กองสาธารณสุขฉุกเฉินประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลบ้านผือ และ คปสอ.บ้านผือ
รายการข้อมูล	A = จำนวนอำเภอที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ขั้นตอนที่ ๕) B = จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานของโรงพยาบาลบ้านผือ และ คปสอ.บ้านผือ
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑ - ไตรมาส ๔

เกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๔

เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑๖.ระดับความสำเร็จอำเภอ มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉิน (EOC) และทีม ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง จำนวน ๑ ศูนย์	ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒ และ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕

วิธีการประเมินผล :

๑๖.ระดับความสำเร็จอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง จำนวน ๑ ศูนย์

ค่าเป้าหมาย : ๑ ศูนย์ (ร้อยละ ๑๐๐)

ขั้นที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมิน
๑	จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงาน และมีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) มี AreaCommander มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจนและจัดทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT)ระดับอำเภอ	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ - หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ
๒	จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ ตามความเหมาะสม เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอ	สถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)
๓	มีตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับอำเภอ วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ได้ครอบคลุม ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ (all hazards)* พร้อมเสนอผู้บริหารอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง (กรณีปกติ) และสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง (กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน)	- รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ได้ครอบคลุม ๕ กลุ่มโรค ๕ มิติ (all hazards)*พร้อมเสนอผู้บริหารอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง (กรณีปกติ) และสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง (กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน) - มีรายงานการสอบสวนโรคหรือภัยสุขภาพ (all hazards) ฉบับสมบูรณ์ อย่างน้อยอำเภอละ ๑ เรื่อง/ปี
๔	อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	มี DCIR (Director's Critical Information Requirement) และ Incident Action Plan (IAP) ของเหตุการณ์สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในอำเภอ เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
๕	มีการซ้อมระบบสั่งการภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉินได้ทุกภัย (all hazards) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง(กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผน ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะหรือฝึกปฏิบัติจริงตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน)	มีรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับอำเภอ

เอกสารสนับสนุน : ๑. รายงานผลการบัญชาการเหตุการณ์และปฏิบัติงานตาม IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข

	๒. หรือ มีรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามแบบฟอร์ม IAP ๓. กรณีมีการ Activate EOC ต้องส่ง Weekly Report ให้ สคร. จนกว่าจะ Deactivate EOC				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุไรภรณ์ พิมพ์ทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๗๘๒๒๙๙๖ นายไสว ชัยประโคน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง อีเมลล์: chaiprakom@hotmailcom โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๔๒๘๒๗๕๙				

เป้าประสงค์ที่ 3

ประชาชนได้รับการคุ้มครองคุณภาพ



KPI Template งานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	PP&P Excellence ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ				
แผน	แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านฝื่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๑๗. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอ				
คำนิยาม	การคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) หมายถึง การปกป้องดูแลผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรม และประหยัดจากการบริโภคสินค้าและบริการ การพัฒนาศักยภาพ หมายถึง การปรับปรุง หรือการเปลี่ยนแปลง ให้เกิดความพร้อมด้านความสามารถ ความรู้ทักษะ ประสบการณ์ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ที่พร้อมจะแสดงออกหรือการกระทำ ในกิจกรรมใด ๆ ที่ถูกกำหนดให้ปฏิบัติไปสู่สิ่งที่ดีขึ้นกว่าเดิม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ยา อาหาร เครื่องสำอาง ร้านค้า หมายถึง ร้านขายของแห่งต่าง ๆ ที่เป็นอาหารและสินค้าเบ็ดเตล็ดอื่นๆ เช่น ร้านค้าปลีก ร้านซูเปอร์มาเก็ต ทั้งร้านเดี่ยวและร้านสาขาต่างๆ ของบริษัท ที่ตั้งอยู่ในชุมชน ร้านชำคุณภาพ ประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (คำย่อ G-RDU มาจาก Grocery store-Rational Drug Use) เป็นร้านชำที่เภสัชกรปฐมภูมิหรือเภสัชกรคุ้มครองผู้บริโภคดำเนินการตรวจประเมินและรับรองตามแบบตรวจร้านชำตามเกณฑ์ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาสมเหตุผล โดยตรวจประเมินสถานที่ ยาที่มีขายภายในร้านโฆษณายา และความรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอ					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	ระดับ ๓	ระดับ ๓	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
วัตถุประสงค์	๑. มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภค แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ประกอบการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และภาคเครือข่าย ๒. เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและทดสอบสารปนเปื้อนในร้านค้า ร้านชำ แผงลอย และตลาดสด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี ๒. สถานประกอบการในพื้นที่ ได้แก่ ร้านค้า ร้านชำ แผงลอย ร้านอาหาร รถเร่ ตลาดสด และตลาดนัดคลองถม ๓. ภาคีเครือข่ายด้านคุ้มครองผู้บริโภค ได้แก่ ผู้ประกอบการ อย.น้อย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และ อสม.				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผลทั้งแบบ เอกสาร/ภาพถ่าย/รูปเล่ม/ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลสถานประกอบการ และแผนงานโครงการ				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)				
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๓	

วิธีการประเมินผล :	เกณฑ์การให้คะแนน : กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้ <table border="1" data-bbox="368 297 1442 1561"> <thead> <tr> <th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับ ๑</td><td>มีแผนงาน/โครงการด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ ครอบคลุมภารกิจ ๕ ด้าน ๑) ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ๒) มีแผนส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและภาคีเครือข่าย ๓) มีแผนพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ๔) มีโครงการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน ๕) มีแผนจัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ</td></tr> <tr> <td>ระดับ ๒</td><td>ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑ และ ๑) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานได้รับการอบรมจาก รพ.แม่ข่าย และมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ๒) ผู้ประกอบการและภาคีเครือข่ายได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ และมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป</td></tr> <tr> <td>ระดับ ๓</td><td>ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒ และ ๑) มีการตรวจเฝ้าระวังร้านค้า/ร้านชำในชุมชน ผ่านเกณฑ์การประเมินร้านชำคุณภาพ ประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) ร้อยละ ๑๐ ๒) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการตรวจสอบของผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๓) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)</td></tr> <tr> <td>ระดับ ๔</td><td>ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓ และ มีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานต่อผู้บริหารแต่ละระดับ</td></tr> <tr> <td>ระดับ ๕</td><td>ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓,๔ และ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำปัญหาที่พบมาวางแผนในการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในปีงบประมาณต่อไป</td></tr> </tbody> </table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	ระดับ ๑	มีแผนงาน/โครงการด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ ครอบคลุมภารกิจ ๕ ด้าน ๑) ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ๒) มีแผนส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและภาคีเครือข่าย ๓) มีแผนพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ๔) มีโครงการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน ๕) มีแผนจัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ	ระดับ ๒	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑ และ ๑) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานได้รับการอบรมจาก รพ.แม่ข่าย และมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ๒) ผู้ประกอบการและภาคีเครือข่ายได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ และมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	ระดับ ๓	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒ และ ๑) มีการตรวจเฝ้าระวังร้านค้า/ร้านชำในชุมชน ผ่านเกณฑ์การประเมินร้านชำคุณภาพ ประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) ร้อยละ ๑๐ ๒) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการตรวจสอบของผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๓) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)	ระดับ ๔	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓ และ มีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานต่อผู้บริหารแต่ละระดับ	ระดับ ๕	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓,๔ และ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำปัญหาที่พบมาวางแผนในการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในปีงบประมาณต่อไป
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน												
ระดับ ๑	มีแผนงาน/โครงการด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ ครอบคลุมภารกิจ ๕ ด้าน ๑) ด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ๒) มีแผนส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพผู้บริโภคและภาคีเครือข่าย ๓) มีแผนพัฒนาศักยภาพผู้ประกอบการ ๔) มีโครงการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน ๕) มีแผนจัดเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขระดับอำเภอ												
ระดับ ๒	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑ และ ๑) บุคลากรผู้ปฏิบัติงานได้รับการอบรมจาก รพ.แม่ข่าย และมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป ๒) ผู้ประกอบการและภาคีเครือข่ายได้รับการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ และมีความรู้ในระดับดี ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป												
ระดับ ๓	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒ และ ๑) มีการตรวจเฝ้าระวังร้านค้า/ร้านชำในชุมชน ผ่านเกณฑ์การประเมินร้านชำคุณภาพ ประเภทการใช้ยาสมเหตุผล (G-RDU) ร้อยละ ๑๐ ๒) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการตรวจสอบของผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๓) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารด้วยชุดทดสอบอย่างง่าย ครบทุกแห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)												
ระดับ ๔	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓ และ มีการสรุปผลการดำเนินงานและรายงานต่อผู้บริหารแต่ละระดับ												
ระดับ ๕	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓,๔ และ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำปัญหาที่พบมาวางแผนในการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในปีงบประมาณต่อไป												
เอกสารสนับสนุน:	๑. แผนงาน/โครงการด้านการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ ๒. ฐานข้อมูลสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ๓. รูปถ่ายกิจกรรม แผนงาน/โครงการพัฒนาเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ประกอบการและภาคีเครือข่าย ๔. รายงานผลการตรวจเฝ้าระวังร้านค้า ร้านชำในชุมชน ความปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพ และตรวจสอบปนเปื้อนในอาหารด้วยชุดทดสอบ ๕. สรุปผลการดำเนินงาน												

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอ	ร้อยละ	NA	NA	ระดับ ๑
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านฝื่อ ๑. นางผ่องพรรณ แมนเมือง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ๒. นางนันทพร ผิวขาว เภสัชกรชำนาญการ ๓. นายประชิด ประทุมชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ๔. นางสาวฉัตรธิดา กุลราช เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน โทร : ๐๔๒ ๒๘๑ ๐๒๗ ต่อ ๑๑๒				

KPI Template งานเกษตรกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	Health-Related Economy Excellence ด้านเศรษฐกิจสุขภาพเป็นเลิศ			
แผน	แผนงานที่ ๑๒ การพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและการแพทย์			
โครงการ	โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	คปสอ. บ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	ข้อที่ ๑๘. คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักมาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพและการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขภาพ			
คำนิยาม	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ หมายถึง สถานที่ผลิตอาหาร คลินิก เอกชน สถานที่ขายยา สถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ สถานที่ยื่นคำขอประกอบกิจการ (ตั้งใหม่) ได้รับการตรวจมาตรฐาน จนกระทั่งได้รับการอนุญาตจากผู้อนุญาต เป็นไปตาม วิธีการ ขั้นตอน และระยะเวลาการดำเนินงานที่กำหนด เฝ้าระวังตามกฎหมาย หมายถึง การตรวจเยี่ยม การติดตาม การตรวจประเมิน และการตรวจสอบ ให้สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ให้ดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด การจัดการข้อร้องเรียน หมายถึง การจัดการในเรื่องข้อร้องเรียน/ร้องทุกข์/ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็น/คำชมเชย/การสอบถามหรือการร้องขอข้อมูล ผู้ร้องเรียน/ร้องทุกข์ หมายถึง ประชาชนทั่วไป/ผู้มีส่วนได้เสียที่มาติดต่อราชการผ่านทางช่องทางต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์ครอบคลุมการร้องเรียน/ร้องทุกข์/การให้ข้อเสนอแนะ/การให้ข้อคิดเห็น/การชมเชย/การร้องขอข้อมูล			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๗	ร้อยละ ๙๘
				ร้อยละ ๙๙
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ มีมาตรฐานเป็นไปตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ยื่นคำขอประกอบกิจการ (ตั้งใหม่) และสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพในอำเภอบ้านผือ ได้แก่			
	๑. สถานประกอบการด้านยา			
	๒. สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ			
	๓. สถานประกอบการ GMP			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานผลทั้งแบบ เอกสาร/ภาพถ่าย/รูปเล่ม/ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์			
แหล่งข้อมูล	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)			
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘ :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๕

วิธีการประเมินผล :

เกณฑ์การให้คะแนน :

กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

เงื่อนไขน้ำหนักคะแนน เต็ม ๒ คะแนน

- สถานที่ผลิตอาหาร

น้ำหนัก ๐.๘ คะแนน

- คลินิกเอกชน

น้ำหนัก ๐.๖ คะแนน

- สถานที่ขายยา/ สถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร

น้ำหนัก ๐.๔ คะแนน

- การแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขภาพ

น้ำหนัก ๐.๒ คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
ระดับ ๑	โรงพยาบาล จัดทำฐานข้อมูลสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๑๐ คะแนน
ระดับ ๒	โรงพยาบาล จัดทำแผนปฏิบัติการดำเนินการตรวจเฝ้าระวังสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ	๑๐ คะแนน
ระดับ ๓	โรงพยาบาล ดำเนินการตรวจสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ เพื่อประกอบการอนุมัติ/ อนุญาต ได้ตามระยะเวลาที่กำหนด	๑๐ คะแนน
ระดับ ๔	โรงพยาบาล ได้ดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ ดังนี้ ๑) ดำเนินการตรวจประเมินและเฝ้าระวังสถานประกอบการ GMP ร้อยละ ≥๙๐ ของเป้าหมาย (๔๐ คะแนน) ๒) ดำเนินการตรวจประเมินและเฝ้าระวังสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ ≥๙๐ ของเป้าหมาย (๓๐ คะแนน) ๓) ดำเนินการตรวจประเมินและเฝ้าระวังสถานประกอบการด้านยาร้อยละ ≥๙๐ ของเป้าหมาย (๒๐ คะแนน) ๔) ดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขภาพ ร้อยละ ๑๐๐ ของเป้าหมาย (๑๐ คะแนน)	๖๐ คะแนน
ระดับ ๕	๑) จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพของอำเภอ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ โดยระบุปัจจัยสนับสนุน ร้อยละของการดำเนินงานจากการประเมินมาตรฐานสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ข้อมูลแสดงรายละเอียดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน มาตรการการแก้ไขปัญหาและรายละเอียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (๕ คะแนน) ๒) จัดส่งสรุปรายงานผลการดำเนินงานให้กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข ภายในวันที่ ๑๕ กรกฎาคม ๒๕๖๘ (๕ คะแนน)	๑๐ คะแนน

เอกสารสนับสนุน:	๑. ฐานข้อมูลสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ๒. รูปถ่ายการตรวจประเมินสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ๓. รายงานผลการตรวจสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ๔. สรุปผลการดำเนินงาน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักมาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพและการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขภาพ	ร้อยละ	NA	NA	๙๐
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
	กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านฝื่อ ๑. นางผ่องพรรณ แมนเมือง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ๒. นางนันทพร ผิวขาว เภสัชกรชำนาญการ ๓. นางสาววิรัตน์รี ชาวสวน เภสัชกรชำนาญการ ๔. นายศุภกฤต สร้อยวิทยา เภสัชกรปฏิบัติการ ๕. นางสาวณัฐนรี มูลทองน้อย เภสัชกร ๖. นายประชิด ประทุมชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร : ๐๔๒ ๒๘๑ ๐๒๗ ต่อ ๑๑๒				

KPI Template (งานอนามัยสิ่งแวดล้อม) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผน	แผนงานที่ ๓ การบริการจัดการสิ่งแวดล้อม
โครงการ	โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๑๙.ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) (ระดับมาตรฐานขึ้นไป และระดับดีขึ้นไป)
คำนิยาม	เกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) หมายถึง การดำเนินงานพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมใน รพ.สต. โดยใช้เกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) มีกลไกการขับเคลื่อนที่เกี่ยวข้องใน ๒ ส่วนคือ การขับเคลื่อนโดย รูปแบบการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital ที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นทีมผู้ตรวจประเมิน หลักและอีกรูปแบบหนึ่งคือการขับเคลื่อนโดยใช้กลไกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งหน่วยงานหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานสามารถบูรณาการรูปแบบในพื้นที่ได้ โดยรอบ ขอบเขตหรือบทบาทในการขับเคลื่อนที่จะช่วยให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub district Health Promoting Hospital (GCSH) หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินงานตามเกณฑ์ ดังนี้ ส่วนที่ ๑ การพัฒนา GREEN & CLEAN รพ.สต หมวดที่ ๑ CLEAN : การสร้างกระบวนการพัฒนา ๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมอย่างมีส่วนร่วมของทุกคนใน รพ.สต. หมวด ๒ G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท ๒.มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๓.มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ๔.มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจาก ชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง หมวด ๓ R: Restroom การพัฒนาส้วม มาตรฐานและการ จัดการสิ่งปฏิกูล ๕.มีการพัฒนาส้วมให้ได้มาตรฐาน และมีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะ ๖.เป็นแหล่งเรียนรู้ในการส่งเสริมการพัฒนาส้วมสาธารณะให้ได้มาตรฐาน หมวด ๔ E: ENERGY การจัดการด้าน พลังงานและ ทรัพยากร ๗.มีมาตรการประหยัดพลังงานและการจัดการทรัพยากรที่เป็นรูปธรรมเกิดการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร

	หมวด ๕ E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อม ใน รพ.สต. ๘.มีการจัดสภาพแวดล้อมภายนอกอาคาร สะอาด เป็นระเบียบ มีพื้นที่สีเขียวหรือพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่น มีความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้มาใช้บริการ ๙.มีการจัดสภาพแวดล้อมภายในอาคารสะอาด สะดวก ปลอดภัย สำหรับผู้ป่วย ผู้มาใช้บริการ ๑๐.มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) การส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร หมวด ๖ N : NUTRITION การส่งเสริมด้านอาหารและน้ำปลอดภัยและเป็นแหล่งเรียนรู้ให้กับชุมชน ๑๑.ส่งเสริมโภชนาการและสร้างความรอบรู้ในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ที่เหมาะสมกับท้องถิ่นและชุมชน ๑๒. จัดให้มีบริการน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด เพียงพอ ๑๓. การสร้างแหล่งเรียนรู้ด้านอาหารปลอดภัยในชุมชน <u>ส่วนที่ ๒ การพัฒนา GREEN Community รพ.สต.</u> หมวด ๗ GREEN Community ด้านการส่งเสริมการ พัฒนาชุมชน GREEN ๑๔.การส่งเสริมการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community <u>การสรุปประเมินผล</u> ๑.ระดับมาตรฐาน หมายถึง มีผลการประเมิน หมวด ๑ – ๖ หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ และมีคะแนนรวม ๘๐ คะแนนขึ้นไป ๒.ระดับดี หมายถึง มีผลการประเมิน หมวด ๑ – ๖ หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ และมีคะแนนรวม ๙๐ คะแนนขึ้นไป ๓.ระดับดีเยี่ยม หมายถึง มีผลการประเมิน หมวด ๑ – ๖ หมวดละไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ และมีคะแนนรวม ๙๕ คะแนนขึ้นไป และดำเนินการตามหมวด ๗ <u>หมายเหตุ**</u> กรณีผลการประเมินแต่ละหมวดไม่ถึงร้อยละ ๘๐ และคะแนนไม่ถึง ๘๐ คะแนน หมายถึง ไม่ผ่านการประเมิน
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	ปีงบประมาณ ๒๕๗๑	ปีงบประมาณ ๒๕๗๒
รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๙๐ - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๕๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๖๐ - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ ๑๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๗๐ - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ ๒๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๘๐ - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ ๓๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๑๐๐ - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๙๐ - ระดับดีเยี่ยม ร้อยละ ๔๐

วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการการสาธารณสุขมีการพัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH)
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต.ใน คปสอ.บ้านผือ
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด ๓. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบันทึก ข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไป ยังศูนย์อนามัย ๔. ศูนย์อนามัย สุ่มประเมินโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บันทึกข้อมูลรวมถึง อนุมัติผลการประเมินยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital มายังสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ๕. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ ๑ ครั้ง
แหล่งข้อมูล	รพ.สต.ใน คปสอ.บ้านผือ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวน รพ.สต.ที่ดำเนินกิจกรรม ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) (ผ่านเกณฑ์มาตรฐานขึ้นไป)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวน รพ.สต. ที่ดำเนินกิจกรรม ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) (ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป)
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ในเขตพื้นที่
สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด	๑. ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป : $A/C \times 100$ ๒. ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป : $B/C \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘

เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘ :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
รพ.สต.ทุกแห่ง มีแผนในการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) และ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบล GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH)	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๕๐ - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๓๐	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๗๐ - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๔๐	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) - ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๙๐ - ระดับดีขึ้นไป ร้อยละ ๕๐

วิธีการประเมินผล	๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเมินตนเองเพื่อวางแผนพัฒนาตาม แนวทางที่กำหนด ๒. ทีมประเมินระดับจังหวัดอำเภอ/จังหวัด ทำการประเมินเพื่อให้คำแนะนำและรับรอง การพัฒนานามัย สิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC) และ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมายรายไตรมาส เกณฑ์การให้คะแนน/ระดับการวัด ปี ๒๕๖๘ <table><tr><th>คะแนน</th><th>๑</th><th>๒</th><th>๓</th><th>๔</th><th>๕</th></tr><tr><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับมาตรฐาน</td><td>ร้อยละ ๕๐</td><td>ร้อยละ ๖๐</td><td>ร้อยละ ๗๐</td><td>ร้อยละ ๘๐</td><td>ร้อยละ ๙๐</td></tr><tr><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับดี</td><td>ร้อยละ ๓๐</td><td>ร้อยละ ๓๕</td><td>ร้อยละ ๔๐</td><td>ร้อยละ ๔๕</td><td>ร้อยละ ๕๐</td></tr></table>	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับมาตรฐาน	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับดี	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕														
รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับมาตรฐาน	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐														
รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ประเมินระดับดี	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐														
เอกสารสนับสนุน	๑. คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge ๒. คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ๓. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health)คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Hospital Challenge คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ๔. คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานการจัดการของเสียทางการแพทย์สำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (Standard Operating Procedure: SOP MEDICAL WASTE MANAGEMENT for Hospital Under Ministry of Public Health)คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาล ๕. คู่มือแนวทางการดำเนินงานด้านการจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพสำหรับโรงพยาบาล ๖. คู่มือแนวทางการจัดการมูลฝอย ส้วมและสิ่งปฏิกูลในโรงพยาบาล ๗. คู่มือสถานบริการสาธารณสุขต้นแบบลดโลกร้อนคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย (Food Safety Hospital) คู่มือแนวทางการดำเนินงาน GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล																		

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Sub-district Health Promoting Hospital (GCSH) ระดับมาตรฐานขึ้นไป	๒๐ แห่ง	๒ แห่ง	๔ แห่ง	๖ แห่ง
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายไสว ชัยประโคน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง อีเมล: chaiprakom@hotmailcom โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๔๒๘๒๗๕๙				

เป้าประสงค์ที่ 4

ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม



KPI Template งานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๐. ร้อยละของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้				
คำนิยาม	โรคเสี่ยงสูง (๓S) ได้แก่ ๑. Stroke หมายถึง โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงจากการที่หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงสมองตีบ ตัน หรือแตก จนเกิดการทำลายเนื้อสมองทำให้สมองสูญเสียการควบคุมการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ๒. STEMI หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดมี ST elevation กลุ่มอาการที่แสดงถึงภาวะ ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีโอกาสเสียชีวิตกะทันหัน โดยจะ ตรวจพบว่า ECG มีST Segment Elevation ร่วมกับ Cardiac marker ให้ผลบวก ๓. Sepsis หมายถึง การติดเชื้อแบคทีเรียในกระแสโลหิตและกระจายไปทั่วร่างกาย โดยผู้ป่วยมักเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียที่ส่วนใดส่วนหนึ่งก่อน จากนั้นแบคทีเรียจึงแทรกซึมเข้าสู่กระแสเลือด และก่อให้เกิดความผิดปกติแก่ร่างกาย เช่น มีการอักเสบ ลิ่มเลือดอุดตัน อวัยวะต่างๆ ล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดนั้นมีอัตราการเสียชีวิตสูงมาก และมักเกิดกับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เช่น ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นต้น Early warning signs หมายถึง อาการหรือสัญญาณที่แสดงออกในระยะเริ่มต้นของโรค หรือภาวะวิกฤติ ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้					
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘		ปีงบประมาณ ๒๕๖๙		ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	
ร้อยละ ๘๐		ร้อยละ ๘๒		ร้อยละ ๘๖	
ปีงบประมาณ ๒๕๗๑		ปีงบประมาณ ๒๕๗๒		ปีงบประมาณ ๒๕๗๓	
ร้อยละ ๘๘		ร้อยละ ๙๐		ร้อยละ ๙๒	
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความตระหนัก และทักษะของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) ในการเฝ้าระวังอาการผิดปกติ (Early Warning Signs) และสามารถตอบสนองหรือขอความช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมและทันเวลา ๒. เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการเจ็บป่วยรุนแรงในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ดูแลในการจัดการดูแลสุขภาพเบื้องต้นอย่างมีประสิทธิภาพ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง (๓S) ในพื้นที่อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ - Stroke (โรคหลอดเลือดสมอง) - STEMI หมายถึง ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดชนิดมี ST elevation - Sepsis (ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด) ๒. ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในกลุ่มโรค ๓S เช่น ญาติที่อยู่ดูแลใกล้ชิด ผู้ดูแลประจำบ้าน หรือบุคคลที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำ				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลผู้ป่วย กลุ่มโรคเรื้อรังที่มีความเสี่ยงสูง (๓S) Stroke STEMI Sepsis ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ๒. การขึ้นทะเบียนและบันทึกการเข้ารับบริการ/เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้เรื่อง early warning signs ในกลุ่มโรค ๓s ๓. แบบทดสอบความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) ๔. สื่อส่งเสริมความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ให้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S)			
แหล่งข้อมูล	๑. คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ๒. งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ๓. ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านฝ้อ ๔. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอบ้านฝ้อ			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลรายไตรมาส และรายปี			
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘				
เกณฑ์ประเมิน	๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐

วิธีการประเมินผล	ร้อยละของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ๑. ใช้แบบประเมินความรู้เพื่อวัดระดับความรู้ของผู้ป่วย/ผู้ดูแลเกี่ยวกับ Early Warning Signs ของโรคในกลุ่ม ๓S และวิธีจัดการความช่วยเหลือเบื้องต้น รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนผู้เข้าร่วมที่มีคะแนนการประเมินตั้งแต่ร้อยละ ๘๐ ของคะแนนเต็มขึ้นไป หรือ เรียกว่า ผู้ที่มีความรู้ด้าน Early warning signs โรคกลุ่ม ๓s เพียงพอ รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนผู้เข้าร่วมทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A/B*๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ น้อยกว่าร้อยละ ๖๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๗๐.๐๐ – ๗๔.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	๑	๒	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๒	๓	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๗๐.๐๐ – ๗๔.๙๙	๓	๔	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙	๔	๕	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๕
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																	
๑	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	๑																	
๒	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๒																	
๓	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๗๐.๐๐ – ๗๔.๙๙	๓																	
๔	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙	๔																	
๕	ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (๓S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๕																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>๑. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล</td><td>จำนวน</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>๒. อัตราความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๑. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล	จำนวน	NA	NA	NA	๒. อัตราความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล	ร้อยละ	NA	NA	NA
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗															
๑. จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล	จำนวน	NA	NA	NA															
๒. อัตราความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือได้ ของผู้ป่วยและผู้ดูแล	ร้อยละ	NA	NA	NA															
เอกสารสนับสนุน	๑. สถาบันประสาทวิทยา. (๒๕๕๖). คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง(อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ ๓. กรุงเทพฯ: (ม.ป.พ.) ๒. จรินทร์ ชะชาตย์ และคณะ. (๒๕๕๘). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด ST- Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) ที่ได้รับการเปิดขยายหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลพระปกเกล้า. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ๓. แนวทางการรักษาผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีภาวะ severe sepsis/septic shock โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. ๒๕๕๖)																		

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ชื่อ นางอาทิตย์ยา สกุล ที่คำ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๖ : โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑- ๐๔๗๖๒๘๗
---	---

เป้าประสงค์ที่ 5

รพ.สต. มีศักยภาพในการดูแลรักษาพยาบาล
ที่สูงขึ้น ประชาชนเชื่อมั่นในการเข้ารับบริการ



KPI Template งานบริหารสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ			
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ			
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๒๑. สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ. (สัดส่วน ๖๐:๔๐)			
คำนิยาม	สัดส่วนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ระหว่าง หน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อ หน่วยบริการทุติยภูมิ หมายถึง สัดส่วนผู้รับบริการผู้ป่วยนอก (ไม่รวมผู้รับบริการส่งเสริมสุขภาพ และการให้บริการนอกหน่วยบริการ) ระหว่าง รพ.สต. หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเทียบกับ โรงพยาบาลแม่ข่าย			
เกณฑ์เป้าหมาย : สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ.				
ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	ปีงบประมาณ ๒๕๗๑	ปีงบประมาณ ๒๕๗๒
๖๐:๔๐	๖๐:๔๐	๖๕:๓๕	๖๕:๓๕	๗๐:๓๐
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้ารับบริการในหน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต.) อย่างเหมาะสม และลดความแออัดของโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ๒. เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้เป็นไปตามแนวทาง “Primary Care” โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยใกล้บ้าน ใกล้ใจ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรที่มารับบริการผู้ป่วยนอก ที่ รพ.สต. หน่วยบริการปฐมภูมิ และโรงพยาบาลบ้านผือ ในเขตอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการที่ รพ.สต./PCC ดึงจากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม แฟ้ม Service ของ รพ.สต./PCC Hosp code : เลือกทะเบียนบุคคล PID ที่มาขึ้นทะเบียนตาม Hospcode ของรพ.สต./PCC เลือกประเภทการมารับบริการ ๑ = มารับบริการเอง ๒ = มาตามนัดหมาย เลือกรหัสที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ ๑ = ในเขตรับผิดชอบ เลือกสถานะบุคคลType area ๑ = มีชื่อตามทะเบียนในเขตรับผิดชอบอยู่จริง หรือ ๓ = มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต ๒. จำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต./PCC มารับบริการที่ รพ.แม่ข่าย ดึงจากฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม แฟ้ม Service ของ รพ.แม่ข่าย Hosp code : เลือกทะเบียนบุคคล PID ที่ขึ้นทะเบียนตาม Hosp code ของ รพ.สต./PCC ในเครือข่ายของ รพ.แม่ข่าย เลือกรหัสที่ตั้งของที่อยู่ผู้รับบริการ ๑ = นอกเขตรับผิดชอบ , ประเภทการมารับบริการ ๑ = มารับบริการเอง ,เลือกสถานะบุคคล Type area ๔ = อาศัยอยู่นอกเขตและเข้ามารับบริการ			
แหล่งข้อมูล	ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข http://hdcservice.moph.go.th			
รายการข้อมูลที่ ๑	จำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบที่มารับบริการ ผู้ป่วยนอก ที่ รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิ ในช่วงเวลาที่กำหนด			
รายการข้อมูลที่ ๒	จำนวนครั้งของประชากรในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต และหน่วยบริการปฐมภูมิ มารับบริการ ผู้ป่วยนอก ที่ รพ.แม่ข่าย ในช่วงเวลาที่กำหนด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๑	๑. อัตราผู้รับบริการในเขตรับผิดชอบทั้งหมดมารับบริการ ผู้ป่วยนอก ที่ รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิ = A/(A+B)*๑๐๐			

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัดที่ ๒	๒. อัตราผู้รับบริการ ในเขตรับผิดชอบของรพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิมารับบริการ ผู้ป่วยนอก ที่ รพ.แม่ข่าย $= B/(A+B)*100$					
ระยะเวลา ประเมินผล	ประเมินผลรายไตรมาส และรายปี					
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘						
เกณฑ์ประเมิน		๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน	๑๒ เดือน	
สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ.		๗๕:๒๕	๗๐:๓๐	๖๕:๓๕	๖๐:๔๐	
วิธีการประเมินผล	สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ. ค่าเป้าหมาย : ๖๐:๔๐					
	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน			คะแนน	
	๑	สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ. (๔๐:๖๐)			๑	
	๒	สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ. (๔๕:๕๕)			๒	
	๓	สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ. (๕๐:๕๐)			๓	
	๔	สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ. (๕๕:๔๕)			๔	
	๕	สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ. (๖๐:๔๐)			๕	
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	๑. สัดส่วนการรับบริการ OP visit รพ.สต. : รพ.		อัตราส่วน	-	-	-
เอกสารสนับสนุน	๑. https://br.moph.go.th/kpi_monitoring_user/template/prov/๒๕๖๔/๖๔.๑๕.pdf					
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ชื่อ นายมานิตย์ นิยมเหลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๒๔๑๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๒๓๑๖๖๘๐					

KPI Template ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงาน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	-				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๒.ร้อยละความพึงพอใจ ๒๒.๑ ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต.				
คำนิยาม	ผู้ให้บริการ หมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ใน รพ.สต.ทุกแห่ง ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. หมายถึง ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอบ้านผือ ในประเด็นสำคัญ เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการบริหารทรัพยากรบุคคล ความพึงพอใจต่อสุขภาพชีวิต ความสมดุลระหว่างชีวิตและ การทำงานของ ข้าราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราวในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต.					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๘๐		๘๕	๙๐	๙๕	๙๕
วัตถุประสงค์	๑.เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการและสนับสนุนการจัดการสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจผู้ให้บริการมีความสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้าราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว และผู้ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลใน รพ.สต.				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.แบบสอบถามประเมินความผูกพันต่อองค์กร				
แหล่งข้อมูล	จากแบบประเมินความผูกพันต่อองค์กร ใช้แบบสำรวจของสำนักงานการพยาบาล				
รายการข้อมูล ๑	A = ผลรวมของคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน				
รายการข้อมูล ๒	B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบประเมิน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินปีละ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือนมีนาคม ครั้งที่ ๒ เดือนกันยายน				
เกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต.		-	๘๐	-	๘๐

วิธีการประเมินผล :	ร้อยละความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. A = ผลรวมของคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบประเมิน สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $A/B \times 100$ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. $\leq$ ร้อยละ ๗๖</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๗</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๘</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. $\geq$ ร้อยละ ๘๐</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. $\leq$ ร้อยละ ๗๖	๑	๒	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๗	๒	๓	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๘	๓	๔	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๙	๔	๕	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. $\geq$ ร้อยละ ๘๐	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																	
๑	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. $\leq$ ร้อยละ ๗๖	๑																	
๒	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๗	๒																	
๓	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๘	๓																	
๔	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๙	๔																	
๕	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. $\geq$ ร้อยละ ๘๐	๕																	
เอกสารสนับสนุน :	แบบการประเมินความพึงพอใจของสถานบริการสาธารณสุข แบบสอบถามประเมินความผูกพันต่อองค์กร																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ใน รพ.สต.</td><td>ร้อยละ</td><td>๘๐</td><td>๘๐</td><td>๘๐</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ใน รพ.สต.	ร้อยละ	๘๐	๘๐	๘๐					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗															
ความพึงพอใจของผู้ให้บริการ ใน รพ.สต.	ร้อยละ	๘๐	๘๐	๘๐															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายมานิตย์ นิยมเหลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๒๔๑๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๒๓๑๖๖๘๐																		

KPI Template ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงาน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	-				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๒.ร้อยละความพึงพอใจ ๒๒.๒ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต.				
คำนิยาม	ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. หมายถึง ความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อการให้บริการด้านการพยาบาลใน รพ.สต. ผู้รับบริการ หมายถึง ประชาชนผู้มารับบริการโดยตรง หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ที่มารับบริการรักษาพยาบาล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประเด็นการสำรวจประกอบด้วย ความสะดวกและการเข้าถึงบริการ การให้คำแนะนำและขั้นตอนของการรับบริการ การดูแลใส่ใจของเจ้าหน้าที่ สื่อสุขศึกษาตามบอร์ดประชาสัมพันธ์เหมาะสม การพูดจา สื่อสาร ท่าทางของเจ้าหน้าที่ การถามอาการของโรค ความพร้อมของเครื่องมือ ความสะอาดของสถานที่ การได้รับคำแนะนำหลังแพทย์ตรวจรักษาแล้ว ความรวดเร็ว ในการให้บริการ ภาพรวมทั่วไป				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต.					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๙๕
วัตถุประสงค์	๑.เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการและสนับสนุนการจัดการสุขภาพ เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข ๒.เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการบริการรักษาพยาบาลจากความคิดเห็นของผู้มารับบริการใน รพ.สต.				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทั่วไปที่มารับบริการรักษาพยาบาลใน รพ.สต.				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๕ ของจำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อเดือน ๒. แบบสอบถาม (Questionnaire/Survey) ๒.๑ แบบกระดาษ : แจกให้ผู้ป่วยหรือญาติกรอกก่อนกลับบ้าน ๓.การสัมภาษณ์(Interview) ๓.๑ สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง : ใช้แบบฟอร์มถามคำถามตามลำดับที่กำหนด ๓.๒ สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง : เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ โดยอาจใช้เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์หรืออาสาสมัคร ๓. ทำการเก็บแบบสอบถามทุกวันจนครบระยะเวลาที่กำหนด (ประมาณ ๑ เดือน) ๔. นำแบบสอบถามมาเจนนับคะแนนที่ผู้ให้บริการประเมิน ๕. หาผลรวมของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนเต็มของแบบสอบถาม ๖. คำนวณอัตราส่วนร้อยละของความพึงพอใจ				
แหล่งข้อมูล	แบบสอบถามความพึงพอใจจากผู้มารับบริการ ใน รพ.สต.				
รายการข้อมูล ๑	A = ผลรวมคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด				

รายการข้อมูล ๒	B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม																						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$																						
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินปีละ ๒ ครั้ง ครั้งที่ ๑ เดือนมีนาคม ครั้งที่ ๒ เดือนกันยายน																						
เกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๘																							
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																		
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต.		-	๘๐	-	๘๐																		
วิธีการประเมินผล :	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. A = ผลรวมคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $A/B \times 100$ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ≤ ร้อยละ ๗๖</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๗</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๘</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ≥ ร้อยละ ๘๐</td><td>๕</td></tr></table>					ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ≤ ร้อยละ ๗๖	๑	๒	ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๗	๒	๓	ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๘	๓	๔	ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๙	๔	๕	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ≥ ร้อยละ ๘๐	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																					
๑	ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ≤ ร้อยละ ๗๖	๑																					
๒	ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๗	๒																					
๓	ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๘	๓																					
๔	ความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต. ร้อยละ ๗๙	๔																					
๕	ความพึงพอใจของผู้ให้บริการใน รพ.สต. ≥ ร้อยละ ๘๐	๕																					
เอกสารสนับสนุน :	๑. แบบการประเมินความพึงพอใจของสถานบริการสาธารณสุข																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต.</td><td>ร้อยละ</td><td>๘๐</td><td>๘๐</td><td>๘๐</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต.	ร้อยละ	๘๐	๘๐	๘๐					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																			
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการใน รพ.สต.	ร้อยละ	๘๐	๘๐	๘๐																			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายมานิตย์ นิยมเหลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๒๔๑๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๒๓๑๖๖๘๐																						

เป้าประสงค์ที่ 6

รพ.สต. ให้การรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพผ่าน
เกณฑ์การประเมิน สถานบริการระดับปฐมภูมิ



KPI Template มาตรฐานบริการหน่วยปฐมภูมิ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนงาน	แผนงานที่ ๔ การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๒๓.จำนวน PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการหน่วยปฐมภูมิ และมีบริการตามเกณฑ์
คำนิยาม	PCU หรือ หน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ NPCU หรือ เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิหรือหน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง เครื่องมือหรือแนวทางที่กำหนดไว้ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมินำไปใช้ในการพัฒนาในด้านการให้บริการของหน่วยบริการ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงมีหน้าที่จัดทำแผนงานในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สอดคล้องกับลักษณะของผู้รับบริการ ที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของหน่วยบริการปฐมภูมินั้น โดยระบุไว้เป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน ทั้งนี้ เพื่อความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ และคุณภาพมาตรฐานของหน่วยบริการ โดยมีเกณฑ์ จำนวน ๘ ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ ๑ ด้านระบบบริหารจัดการ ส่วนที่ ๒ ด้านการจัดบุคลากรและศักยภาพในการให้บริการ ส่วนที่ ๓ ด้านสถานที่ตั้งหน่วยบริการ อาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ส่วนที่ ๔ ด้านระบบสารสนเทศ ส่วนที่ ๕ ด้านระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ส่วนที่ ๖ ดานระบบหองปฏิบัติการดานการแพทยและสาธารณสุข ส่วนที่ ๗ ดานการจัดบริการเภสัชกรรมและงานคุ้มครองผู้บริโภคดานสุขภาพ (คปส.) ส่วนที่ ๘ ดานระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับการประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ จังหวัด (ค.ป.ค.ม.)

เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวน PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการหน่วยปฐมภูมิ และมีบริการตามเกณฑ์				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๑๒ แห่ง	อำรงรักษา ๑๒ แห่ง	อำรงรักษา ๑๒ แห่ง	อำรงรักษา ๑๒ แห่ง	อำรงรักษา ๑๒ แห่ง
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานในการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ ๒. เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการและสนับสนุนการจัดการสุขภาพ ให้ผู้รับบริการมั่นใจ ผู้ให้บริการมีความสุข ๓. เพื่อให้เกิดสุขภาวะแก่ประชาชน ผ่านกระบวนการพัฒนาและประเมินคุณภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชน รพ. ที่ขึ้นทะเบียนเป็น PCU จำนวน ๓ แห่ง ๒. รพ.สต. ที่รวมตัวกันขึ้นทะเบียนเป็น NPCU จำนวน ๙ แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากข้อมูลจำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิในระบบขึ้นทะเบียน และการผ่านประเมินจาก ค.ป.ค.ม. จังหวัดอุดรธานี			
แหล่งข้อมูล	ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ระบบทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS Health/PCU)			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิตามประกาศสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานจากระบบทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ (GIS Health/PCU)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ฐานตั้งต้น ๒๕๖๘ = A – B C = (A – B) + ทีมใหม่ที่ตั้งในปี ๒๕๖๘			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑ ,ไตรมาส ๒ และ ไตรมาส ๓			
เกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๘ : จำนวน PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการหน่วยปฐมภูมิ และมีบริการตามเกณฑ์				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
จำนวน PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพบริการหน่วยปฐมภูมิ และมีบริการตามเกณฑ์	ออกนิเทศ ติดตาม และ ประเมิน หน่วยบริการปฐมภูมิ จากทีมระดับอำเภอ จำนวน ๑๐ แห่ง	ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ จากทีมระดับจังหวัด จำนวน ๘ แห่ง	ประเมินหน่วยบริการปฐมภูมิ จากทีมระดับจังหวัด จำนวน ๒ แห่ง	-

วิธีการประเมินผล :	๑. ระบบขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒. ระบบทรัพยากรสุขภาพ หน่วยบริการปฐมภูมิ GIS Health/PCU) ๓.การตรวจประเมินจาก ค.ป.ค.ม. จังหวัด																	
เอกสารสนับสนุน :	๑. ระบบขึ้นทะเบียนคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ ๒. เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ</td><td>หน่วย</td><td>-</td><td>-</td><td>๒</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วย	-	-	๒
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗														
PCU/NPCU ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน คุณภาพหน่วยบริการปฐมภูมิ	หน่วย	-	-	๒														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นายมานิตย์ นิยมเหลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๒๔๑๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๒๓๑๖๖๘๐																	

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘														
หมวด	PP&P Excellence ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ													
แผน	แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ													
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ													
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านฝื่อ													
ชื่อตัวชี้วัด	๒๔. จำนวน รพ.สต. ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค													
คำนิยาม	๑. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถเข้ายาในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ๒. ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตาม กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์ ๓. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย													
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวน รพ.สต. ที่มีอัตราการเข้ายาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค														
<table><tr><td>ปีงบประมาณ ๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๗๐</td><td>ปีงบประมาณ ๗๑</td><td>ปีงบประมาณ ๗๒</td></tr><tr><td>๑๗ แห่ง</td><td>๑๘ แห่ง</td><td>๑๙ แห่ง</td><td>๒๐ แห่ง</td><td>๒๐ แห่ง</td></tr></table>					ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	๑๗ แห่ง	๑๘ แห่ง	๑๙ แห่ง	๒๐ แห่ง	๒๐ แห่ง
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒										
๑๗ แห่ง	๑๘ แห่ง	๑๙ แห่ง	๒๐ แห่ง	๒๐ แห่ง										
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในหน่วยบริการปฐมภูมิ													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิในอำเภอบ้านฝื่อ ทั้งหมด ๒๐ แห่ง													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข													
แหล่งข้อมูล	ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข http://hdcservice.moph.go.th													
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตามกิจกรรมในรายไตรมาส และคำนวณตามเกณฑ์เป้าหมาย เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ													
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘ :														
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน											
รพ.สต.ใน คปสอ.บ้านฝื่อผ่านตัวชี้วัดการสั่งใช้ยาตามแนวทาง RDU ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค => ๑๕ แห่ง	รพ.สต.ใน คปสอ.บ้านฝื่อผ่านตัวชี้วัดการสั่งใช้ยาตามแนวทาง RDU ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค => ๑๖ แห่ง	รพ.สต.ใน คปสอ.บ้านฝื่อผ่านตัวชี้วัดการสั่งใช้ยาตามแนวทาง RDU ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค => ๑๗ แห่ง	รพ.สต.ใน คปสอ.บ้านฝื่อผ่านตัวชี้วัดการสั่งใช้ยาตามแนวทาง RDU ผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค => ๑๗ แห่ง											

วิธีการประเมินผล :	ดูผลงานของ รพ.สต. ทั้งหมดใน เครือข่าย ระดับอำเภอ ที่มีอัตราการ ใช้ยา ปฏิชีวนะใน กลุ่มโรค ติด เชื้อทางเดิน หายใจและ โรคอุจจาระ ร่วง เสียบบล้น ผ่านเกณฑ์ เป้าหมายทั้ง ๒ โรค สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด อัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคทางเดินหายใจส่วนบนที่ได้รับยาปฏิชีวนะ B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคทางเดินหายใจส่วนบน สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X๑๐๐ เกณฑ์เป้าหมาย : น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐ อัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเสียบบล้น A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นที่ได้รับยาปฏิชีวนะ B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกโรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นทั้งหมด สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X๑๐๐ เกณฑ์เป้าหมาย : น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๓ แห่ง</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๔ แห่ง</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๕ แห่ง</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๖ แห่ง</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๗ แห่งขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๓ แห่ง	๑	๒	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๔ แห่ง	๒	๓	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๕ แห่ง	๓	๔	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๖ แห่ง	๔	๕	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๗ แห่งขึ้นไป	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																	
๑	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๓ แห่ง	๑																	
๒	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๔ แห่ง	๒																	
๓	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๕ แห่ง	๓																	
๔	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๖ แห่ง	๔																	
๕	รพ.สต. มีอัตราการใช้อยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และ โรคอุจจาระร่วงเสียบบล้นผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค จำนวน ๑๗ แห่งขึ้นไป	๕																	
เอกสารสนับสนุน:	๑. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้อยาอย่างสมเหตุผล กองบริหารการสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/Manual_Service%๒๐Plan%๒๐RDU_Sept๒๐๑๖.pdf) ๒. แนวทางการพัฒนาการใช้อยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/index/detail/๘๓๐๒)																		

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	จำนวน รพ.สต. ที่มีอัตราการไ้ยาปฏิชีวนะใน กลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง ๒ โรค	จำนวนแห่ง รพ.สต.	NA	NA	๑๖
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด					
	กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านฝื่อ ๑. นางผ่องพรรณ แมนเมือง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ๒. นางนันทพร ผิวขาว เภสัชกรชำนาญการ ๓. นายประชิด ประทุมชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ๔. นางสาวฉัตรธิดา กุลราช เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมชำนาญงาน โทร : ๐๔๒ ๒๘๑ ๐๒๗ ต่อ ๑๑๒				

เป้าประสงค์ที่ 7

ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ
และได้รับการส่งต่อในกลุ่มอาการวิกฤตที่มี
ประสิทธิภาพทันเวลา



KPI Template งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผนที่	แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ระดับการแสดงผล	KPI คปสอ. บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๒๕ ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียง ประเภท ๓				
คำนิยาม	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และหรือมีความรุนแรงของโรคจนอาจเกิดอันตรายคุกคามต่อชีวิต หรือเกิดความพิการ โดยยึดที่คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL Barthel'Index=๐-๔ คะแนน) เป็นหลัก ภาวะโรคแทรกซ้อน หมายถึง โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ที่มีสุขภาพร่างกายอยู่ในภาวะเสื่อมโทรมจนต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา ซึ่งอาจจะพอช่วยพยุงตัวได้บ้าง แต่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตนในเรื่องกิจวัตรประจำวันได้ และอาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเพิ่มเติม หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น แผลกดทับ ปอดติดเชื้อ ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ กล้ามเนื้อลีบ ข้อติด และขาดสารอาหารรุนแรง				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียง ประเภท ๓					
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	
ไม่เกินร้อยละ ๕	ไม่เกินร้อยละ ๕	ไม่เกินร้อยละ ๕	ไม่เกินร้อยละ ๕	ไม่เกินร้อยละ ๕	
วัตถุประสงค์					
๑. เพื่อติดตามการเกิด Complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียง ๓ ๒. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน ๓. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดความพิการของผู้ป่วยเตียง๓					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย					
ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel'Index=๐-๔ คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล					
ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Smart coc ทุกเดือน					
แหล่งข้อมูล					
ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Smart coc ทุกเดือน					
ระยะเวลาประเมินผล					
รายงานทุกเดือนโดยผู้รับผิดชอบ Smart coc					
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียง ประเภท ๓		ไม่เกินร้อยละ ๒.๕	ไม่เกินร้อยละ ๓.๕	ไม่เกินร้อยละ ๔	ไม่เกินร้อยละ ๕

วิธีการประเมินผล	รายการที่ 1 : A = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ออกเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยที่ค้นพบในชุมชน เกิดภาวะแทรกซ้อนจากสาเหตุที่ป้องกันได้จนต้องไปรักษาเพิ่ม หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รายการที่ 2 : B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ออกเยี่ยมบ้าน และผู้ป่วยที่ค้นพบในชุมชนทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) X ๑๐๐ เป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๕ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ ร้อยละ ๖.๕</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ ร้อยละ ๖</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ ร้อยละ ๕.๕</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗	๑	๒	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ ร้อยละ ๖.๕	๒	๓	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ ร้อยละ ๖	๓	๔	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ ร้อยละ ๕.๕	๔	๕	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																	
๑	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗	๑																	
๒	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ ร้อยละ ๖.๕	๒																	
๓	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ ร้อยละ ๖	๓																	
๔	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ ร้อยละ ๕.๕	๔																	
๕	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓ น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๕	๕																	
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 คู่มือการดูแลต่อเนื่องเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓</td><td>ร้อยละ</td><td>๔.๗๖</td><td>๓.๗๗</td><td>๓.๘๙</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓	ร้อยละ	๔.๗๖	๓.๗๗	๓.๘๙					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗															
ร้อยละการเกิด complication ที่สามารถป้องกันได้ในผู้ป่วยเตียงประเภท ๓	ร้อยละ	๔.๗๖	๓.๗๗	๓.๘๙															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลบ้านผือ นางภิญญดา ผิวอ่อน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๙๗๑๔๒๙๑๕๖ E-mail : Phinyadakung๔๕๖@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ นางอ้อยใจ ศิริกาญจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๔๒๗๖๗๙๐๔๑ E- mail : tonoy.oi@hotmail.com																		

KPI Template งานดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง COC ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผนที่	แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ระดับการแสดงผล	KPI คปสอ.บ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๒๖ ร้อยละการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ มีอาการคงที่และดีขึ้น				
คำนิยาม	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือมีอุปกรณทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และหรือมีความรุนแรงของโรคจนอาจเกิดอันตรายคุกคามต่อชีวิต หรือเกิดความพิการ โดยยึดที่คะแนนความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL Barthel'Index = ๐ - ๔ คะแนน) เป็นหลัก การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาว หมายถึง ผู้ป่วยเตียง ๓ ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการดูแลแล้วกลับมามีอาการดีขึ้น หรือช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ มีอาการคงที่และดีขึ้น					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙		ปีงบประมาณ ๗๐	
๘๕		๘๕		๙๐	
ปีงบประมาณ ๗๑		ปีงบประมาณ ๗๒			
๙๕		๑๐๐			
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจกผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ มีอาการคงที่และดีขึ้น				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel'Index=๐-๔ คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Smart coc ทุกเดือน				
แหล่งข้อมูล	ตรวจสอบจากการรายงานตัวชี้วัดในฐานข้อมูล Smart coc ทุกเดือน/โรงพยาบาลแม่ข่าย				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานทุกเดือนโดยผู้รับผิดชอบ Smart coc				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ มีอาการคงที่และดีขึ้น		ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๕

วิธีการประเมินผล	A = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel'Index=๐ - ๔ คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนเปลี่ยนจากเตียงประเภทที่ ๓ เป็นประเภทเตียง ๒ และเตียง ๑ B = จำนวนผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ ทุกกลุ่มโรค ทุกกลุ่มวัย (Barthel'Index=๐-๔ คะแนน) ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและค้นพบในชุมชนทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ๑) กรณีอาการดีขึ้น/คงที่ (A/B) x ๑๐๐ กรณีอาการดีขึ้น/คงที่ (A/B) x ๑๐๐ <table><tr><td>คะแนน</td><td>๑</td><td>๒</td><td>๓</td><td>๔</td><td>๕</td></tr><tr><td>ร้อยละ</td><td>๘๑</td><td>๘๒</td><td>๘๓</td><td>๘๔</td><td>๘๕</td></tr></table>	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ	๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	๘๕	
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕									
ร้อยละ	๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	๘๕									
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน เครือข่ายบริการสุขภาพที่ 8 คู่มือการดูแลต่อเนื่องเครือข่ายบริการสุขภาพ จังหวัดอุดรธานี													
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ มีอาการคงที่และดีขึ้น</td><td>ร้อยละ</td><td>๗๖.๑๙</td><td>๘๑.๑๓</td><td>๘๓.๑๑</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ มีอาการคงที่และดีขึ้น	ร้อยละ	๗๖.๑๙	๘๑.๑๓	๘๓.๑๑
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗										
การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ มีอาการคงที่และดีขึ้น	ร้อยละ	๗๖.๑๙	๘๑.๑๓	๘๓.๑๑										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลบ้านผือ นางภิญญดา ผิวอ่อน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๙๗๑๔๒๙๑๕๖ E-mail : Phinyadakung๔๕๖@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ นางอ้อยใจ ศิริกาญจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๔๒๗๖๗๙๐๔๑ E- mail : tonoy.oi@hotmail.com													

เป้าประสงค์ที่ 8

ชุมชนมีเครือข่ายสุขภาพที่สามารถดูแล
สุขภาพและการรักษาพยาบาลของตนเองขึ้น
พื้นฐานได้มากขึ้น ด้วยระบบแพทย์ผสม
ผสาน



KPI Template งานแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	Service Excellences ด้านบริการเป็นเลิศ			
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก			
ระดับการแสดงผล	คปสอ บ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๒๗.ระดับความสำเร็จของการดำเนินการอำเภอ Wellness Community ๒๗.๑ จำนวน รพ.สต. ที่ดำเนินการจัดตั้ง Wellness Community			
คำนิยาม	Wellness Community หมายถึง เมืองหรือชุมชนแห่งสุขภาพ ที่มีการให้บริการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยมีองค์ประกอบของการกินดี อาหารปลอดภัย น้ำประปา สะอาด การอยู่ดี มีพื้นที่ เพื่อสุขภาพ มีการกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ อากาศบริสุทธิ์มีภูมิปัญญา หรือวัฒนธรรมท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพ มีแหล่งท่องเที่ยว/ที่พักเชิงสุขภาพ มีการรวมกลุ่มใน พื้นที่ เพื่อทำกิจกรรมดูแลสุขภาพ แพทย์วิถีธรรม หมายถึง การแพทย์วิถีธรรมเป็นการแพทย์ทางเลือกที่ใช้หลักการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Health Care) ศึกษาวิจัยองค์ความรู้และหลักการแพทย์วิถีธรรมโดย ดร. ใจเพชร กล้าจน เทคนิค ๙ ข้อ (ยา ๙ เม็ด) กลไกการเกิดการหายของโรค คือ วิชากร้ายจะสังเคราะห์กับภาวะร้อนเย็นไม่สมดุล ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ส่วนวิชาที่ดีจะสังเคราะห์กับภาวะสมดุลร้อนเย็น ทำให้โรคต่าง ๆ ลดลงและร่างกายแข็งแรงขึ้น ดังนั้นการรักษาตามหลักการแพทย์วิถีธรรม จึงใช้วิธีแก้ที่ต้นเหตุด้วยการปรับสมดุลร้อนเย็นภายในใจ โดยใช้ เทคนิค ๙ ข้อ (ยา ๙ เม็ด) ได้แก่ ๑. ยาเม็ดเสริม : การรับประทานสมุนไพรปรับสมดุลร้อนเย็น ๒. ยาเม็ดเสริม : การกัวซาหรือดูดซาหรือดูดพิษหรือดูดลม (การดูดระบายพิษทางผิวหนัง) ๓. ยาเม็ดเสริม : การสวนล้างพิษออกจากลำไส้ใหญ่ด้วยสมุนไพรที่ถูกสมดุล ร้อนเย็น (ดีที่อกซ์) ๔. ยาเม็ดเสริม : การแช่มือแช่เท้าหรือส่วนที่ไม่สบายในน้ำสมุนไพรตามภาวะร้อนเย็นของร่างกาย ๕. ยาเม็ดเสริม : การพอก ทา หยอด ประคบ อบ อาบ เช็ด ด้วยสมุนไพร ตามภาวะร้อนเย็นของร่างกาย ๖. ยาเม็ดหลัก : การออกกำลังกาย กดจุดลมปราณ โยคะ กายบริหาร ที่ถูกต้อง ๗. ยาเม็ดหลัก : การรับประทานอาหารปรับสมดุล ตามภาวะร้อนเย็นของร่างกาย ๘. ยาเม็ดเลิศ : ใช้ธรรมะ ละบาป บำเพ็ญบุญกุศล ทำจิตใจให้ผ่องใส คบมิตรดี สหายดี สร้างสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี และ ๙. ยาเม็ดเลิศ : รู้เพียร รู้พักให้พอดี			
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จของการดำเนินการอำเภอ Wellness Community				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕	ระดับ ๕
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวน รพ.สต. ที่ดำเนินการจัดตั้ง Wellness Community				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๒๑ แห่ง	๒๑ แห่ง	อ้างรักษา ๒๑ แห่ง	อ้างรักษา ๒๑ แห่ง	อ้างรักษา ๒๑ แห่ง

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิดำเนินการจัดตั้ง Wellness Community ๒. เพื่อสร้างภาพลักษณ์และเผยแพร่องค์ความรู้การดูแลสุขภาพตามหลักแพทย์วิถีธรรม (ยา ๙ เม็ด) ๓. เพื่อให้ประชาชนสามารถนำองค์ความรู้การดูแลสุขภาพตามหลักแพทย์วิถีธรรม (ยา ๙ เม็ด) มาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สุขภาพดี ห่างไกล NCDs											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบ้านฝือ จังหวัดอุดรธานี ๒. ประชาชนที่สนใจเข้ารับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักแพทย์วิถีธรรมในศูนย์ Wellness Community ๓. ภาควิชาเครือข่ายผู้นำชุมชน และ อสม. ผู้ผ่านการอบรมครู ก และครู ข แพทย์วิถีธรรม											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลบ้านฝือ เป็นผู้สำรวจเก็บรวบรวม รายงานต่างๆโดยวิธี Manual / ภาพถ่าย/บัญชีรายชื่อผู้เข้ารับบริการ/รูปเล่มรายงาน/ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์											
แหล่งข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจาก - แผนงานโครงการ - รายงานผลการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ Wellness Community											
ระยะเวลาประเมินผล	๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘											
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :												
<table><tr><td>รอบ ๓ เดือน</td><td>รอบ ๖ เดือน</td><td>รอบ ๙ เดือน</td><td>รอบ ๑๒ เดือน</td></tr><tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓ และระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr></table>					รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓ และระดับ ๔	ระดับ ๕
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน									
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓ และระดับ ๔	ระดับ ๕									

วิธีการประเมินผล	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการอำเภอ Wellness Community				
	ระดับของความสำเร็จของการดำเนินการอำเภอ Wellness Community แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้				
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			
	ระดับที่ ๑	หน่วยบริการปฐมภูมิมีแผนการขับเคลื่อน/มีนโยบายดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ Wellness Community			
	ระดับที่ ๒	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑ และ ๑) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน Wellness Community ๒) หน่วยบริการปฐมภูมิมีคู่มือแนวทางและ Logbook ในการบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักแพทย์วิถีธรรม			
	ระดับที่ ๓	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒ และ ๑) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการดำเนินงานจัดตั้งศูนย์ Wellness Community ร้อยละ ๑๐๐ ๒) มีสวนสมุนไพรฤทธิ์ร้อน และฤทธิ์เย็น อย่างน้อย ๑๐ ชนิด ๓) มีป้ายศูนย์ Wellness Community ชัดเจน ๔) อุปกรณ์เพื่อที่จำเป็นในการทำกิจกรรม สำหรับประชาชนที่มาใช้บริการ			
	ระดับที่ ๔	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓ และ ๑) หน่วยบริการปฐมภูมิมีการจัดกิจกรรมและให้บริการประชาชนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักแพทย์วิถีธรรม ใน จัดตั้งศูนย์ Wellness Community ร้อยละ ๑๐๐ ๒) มีบันทึกกิจกรรมและรายชื่อผู้เข้ารับบริการ ร้อยละ ๑๐๐			
	ระดับที่ ๕	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑,๒,๓,๔ และ ๑) วัดเชิงปริมาณ คือ จำนวนผู้ป่วย NCDs ที่เข้ารับบริการในศูนย์ Wellness Community เป้าหมาย ๒๐๐ คน ๒) วัดเชิงคุณภาพ คือ จำนวนผู้ป่วย NCDs ที่เข้ารับบริการในศูนย์ Wellness Community สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ (วัด DTX ปลายนิ้ว) ร้อยละ ๑๐ โดยบูรณาการร่วมกับ DM Remission ๓) วิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของผู้เข้ารับบริการในแต่ละ ศูนย์ Wellness Community เพื่อที่จะได้จัดทำชุดความรู้ได้อย่างเหมาะสม ๔) มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำปัญหามาวางแผนพัฒนา แก้ไข ปรับปรุงต่อไป ๕) รายงานผลการดำเนินงาน			
๑) จำนวน รพ.สต. ที่ดำเนินการจัดตั้ง Wellness Community					
ระดับที่ ๑	ระดับที่ ๒	ระดับที่ ๓	ระดับที่ ๔	ระดับที่ ๕	
≤๑๗ แห่ง	๑๘ แห่ง	๑๙ แห่ง	๒๐ แห่ง	๒๑ แห่ง	
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือแนวทางการให้บริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักแพทย์วิถีธรรม ๒. สมุด Logbook บันทึกกิจสุขภาพและกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักแพทย์วิถีธรรม				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data				
	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	
	๑. หน่วยบริการปฐมภูมิจัดตั้งศูนย์ Wellness Community	จำนวน (แห่ง)	NA	NA	๑
	๒. หน่วยบริการปฐมภูมิส่งรายงานผลการดำเนินงานพร้อมหลักฐานการจัดตั้งศูนย์ Wellness Community				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โรงพยาบาลบ้านฝื่อ นางสาวอนุธิดา วารีย์ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๑-๒๓๒๘๔๔๖ นางสาวจิราวรรณ สิงห์แก้ว ตำแหน่ง แพทย์แผนไทยชำนาญการ นางสาวพรปวีณ ไชยคำ ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย นางสาวชุตติกาญจน์ เพ็ญไทย ตำแหน่ง แพทย์แผนไทย โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๙๗ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝื่อ ว่าที่ร้อยตรี ยุทธการ ประภากรณ์ ตำแหน่ง ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอบ้านฝื่อ (วิชาการ)				

เป้าประสงค์ที่ 9

เป็น CUP ที่มีธรรมาภิบาลการจัดการที่ทันสมัยและระบบข้อมูล สารสนเทศ ที่ถูกต้อง ครบถ้วนปลอดภัยและเป็นปัจจุบัน



KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)				
แผน	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล				
โครงการ	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์				
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านฝ้อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๘. จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ Smart IT				
คำนิยาม	Smart IT คือ ระบบงานสารสนเทศที่ รพ.สต. ใช้เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานบริการสุขภาพที่มีความปลอดภัย มีประสิทธิภาพ และมีความเชื่อมโยงกันในระบบสุขภาพ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ได้มาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ Smart IT หมายถึง รพ.สต.ที่ได้รับการประเมินจากหน่วยงานต้นสังกัดหรือทีมประเมินว่า “ผ่านเกณฑ์” ตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแบบประเมิน Smart IT มีคะแนนเต็มทั้งหมด ๗๐๐ คะแนน โดย รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ จะต้องมียผลการประเมิน ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป (๔๙๐ ขึ้นไป)ประกอบด้วย ๔ ด้าน ดังนี้ ๑. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน ๒. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน ๓. ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน ๔. ด้านบุคลากร คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน				
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ Smart IT					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๑๐ แห่ง		๑๒ แห่ง	๑๔ แห่ง	๑๖ แห่ง	๑๘ แห่ง
วัตถุประสงค์					๑. เพื่อให้ประชาชนผู้มารับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดจากการมาใช้บริการในโรงพยาบาล ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย ๒. รพ.สต. มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการบุคลากรมีความเข้าใจและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี จำนวน ๒๐ แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		๑. รพ.สต. ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน Smart IT (ไตรมาสที่ ๒) ๒. การประเมินจากหน่วยงานต้นสังกัด โดยใช้แบบประเมิน Smart IT คปสอ.บ้านฝ้อ (ไตรมาสที่ ๓)			
แหล่งข้อมูล		๑. กลุ่มงานเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝ้อ			
ระยะเวลาประเมินผล		๑. หน่วยงานประเมินตนเอง (ไตรมาสที่ ๒) ๒. ประเมินหน่วยงานต้นสังกัด (ไตรมาสที่ ๓)			

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘

เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ Smart IT	- แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ - ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน	- หน่วยงานประเมินตนเอง (ผ่านเกณฑ์ $\geq$ ๑๐ แห่ง)	- ประเมินโดยหน่วยงานต้นสังกัด (ผ่านเกณฑ์ $\geq$ ๑๐ แห่ง)	ผ่านเกณฑ์ $\geq$ ๑๐ แห่ง

วิธีการประเมินผล

เกณฑ์การประเมิน Smart IT มีคะแนนเต็มทั้งหมด ๗๐๐ คะแนน โดย รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ จะต้องมีการประเมิน ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป (๔๙๐ ขึ้นไป) ประกอบด้วย ๔ ด้าน ดังนี้

๑. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน
๒. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน
๓. ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน
๔. ด้านบุคลากร คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. เกณฑ์ประเมินด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน

เกณฑ์การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
๑. ระบบ Compute and Storage ที่มีประสิทธิภาพและความมั่นคงปลอดภัยสูง	๕๐		ต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป (๑๒๐ คะแนนขึ้นไป)
๒. ระบบสำรองข้อมูล	๔๐		
๓. ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต	๑๐		
๔. ระบบเครือข่ายภายในองค์กร	๖๐		
๕. Software/Application	๒๐		
๖. Hospital information System	๒๐		
รวมคะแนน	๒๐๐		

๒. เกณฑ์ประเมินด้านการบริหารจัดการ คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน

เกณฑ์การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
๑. Provider ID	๕๐		ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป (๑๒๐ คะแนนขึ้นไป)
๒. การเชื่อมโยง PHR กระทรวงสาธารณสุข	๓๕		
๓. Financial management	๑๐		
๔. สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์	๒๐		
๕. การสื่อสารองค์กร	๑๐		
๖. ทางการสื่อสาร (Communication Technology)	๑๐		
๗. ระบบหนังสือราชการอิเล็กทรอนิกส์	๑๐		
๘. Payment	๕		
๙. Health ID	๕		
๑๐. ENTERPRISE RESOURCE PLANNING (ERP)	๒๐		
๑๑. ระบบ Management Information System (MIS)	๒๕		
รวมคะแนน	๒๐๐		

๓. เกณฑ์ประเมินด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม ๒๐๐ คะแนน

เกณฑ์การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
๑. มีจุดให้ประชาชนสามารถบริการได้ด้วยตนเอง (Kiosk)	๒๐		ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๖๐ ขึ้นไป (๑๒๐ คะแนนขึ้นไป)
๒. มีระบบคิวดิจิทัล (digital que)	๒๐		
๓. มีระบบนัดหมายออนไลน์	๒๕		
๔. OPD paperless	๔๐		
๕. มีระบบการแพทย์ทางไกล	๗๐		
๖. การออกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบ MOPH CERT (ลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์) ที่มี Digital Signature ตาม พรบ. ว่าด้วยธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรา ๒๖ และ ๒๘ พ.ศ. ๒๕๔๔	๒๕		
รวมคะแนน	๒๐๐		

	๔. เกณฑ์ประเมินบุคลากร คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน <table><tr><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนนเต็ม</th><th>คะแนนที่ได้</th><th>หมายเหตุ</th></tr><tr><td>๑. ผู้บริหารองค์กร</td><td>๕๐</td><td></td><td rowspan="3">บุคลากรต้องได้รับการอบรมด้าน Cyber security</td></tr><tr><td>๒. เจ้าหน้าที่ IT</td><td>๒๕</td><td></td></tr><tr><td>๓. เจ้าหน้าที่ทั่วไป</td><td>๒๕</td><td></td></tr><tr><td>รวมคะแนน</td><td>๑๐๐</td><td></td><td></td></tr></table> โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ≤ ๖ แห่ง</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๗ แห่ง</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๘ แห่ง</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๙ แห่ง</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๑๐ แห่งขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>	เกณฑ์การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ	๑. ผู้บริหารองค์กร	๕๐		บุคลากรต้องได้รับการอบรมด้าน Cyber security	๒. เจ้าหน้าที่ IT	๒๕		๓. เจ้าหน้าที่ทั่วไป	๒๕		รวมคะแนน	๑๐๐			ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ≤ ๖ แห่ง	๑	๒	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๗ แห่ง	๒	๓	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๘ แห่ง	๓	๔	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๙ แห่ง	๔	๕	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๑๐ แห่งขึ้นไป	๕
เกณฑ์การประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ																																		
๑. ผู้บริหารองค์กร	๕๐		บุคลากรต้องได้รับการอบรมด้าน Cyber security																																		
๒. เจ้าหน้าที่ IT	๒๕																																				
๓. เจ้าหน้าที่ทั่วไป	๒๕																																				
รวมคะแนน	๑๐๐																																				
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																																			
๑	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ≤ ๖ แห่ง	๑																																			
๒	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๗ แห่ง	๒																																			
๓	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๘ แห่ง	๓																																			
๔	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๙ แห่ง	๔																																			
๕	รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ Smart IT จำนวน ๑๐ แห่งขึ้นไป	๕																																			
เอกสารสนับสนุน :	๑. คู่มือการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ พ.ศ. ๒๕๖๘																																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ Smart IT</td><td>แห่ง</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ Smart IT	แห่ง	NA	NA	NA																							
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																	
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																																	
จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์ Smart IT	แห่ง	NA	NA	NA																																	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลบ้านผือ ชื่อ-สกุล นายบุญเพ็ง ตรีรัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๗ ต่อ ๑๘๑,๒๔๙ สาธารณสุขอำเภอบ้านผือ ชื่อ-สกุล นายมานิตย์ นิยมเหลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๒๔๑๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๒๓๑๖๖๘๐																																				

KPI Template งานระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ (PMQA) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)
แผน	แผนงานที่ ๑๐ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๒๙.ร้อยละความสำเร็จของดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๗ ดังนี้ ๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๑ แห่ง ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๒๐ แห่ง การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐพ.ศ.๒๕๖๒ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี ๒๕๖๖ - ๒๕๗๐ ดังนี้ ๑. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี ๒. ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปี ดังนี้ ๒.๑ พ.ศ. ๒๕๖๖ หมวดที่โดดเด่น หมวด ๒ และเลือก ๑ หมวด ๒.๒ พ.ศ. ๒๕๖๗-๒๕๗๐ หน่วยเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ ๑ หมวด ในหมวด ๑,๓,๔,๕,๖) ๓.ดำเนินการประเมินองค์การด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด ๑- ๖ หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ๔. กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อครบ ๑๘ ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการตามหัวข้อเป็นหัวข้อละ ๒ ตัวชี้วัดรวม ๓๖ ตัวชี้วัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับหมวดที่เลือกดำเนินการ ๕.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด ๖.จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์กร โดยสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความโดดเด่นรายหมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.๒๕๖๒ โดยมีขั้นตอนการพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สมบูรณ์ประกอบด้วย ๑) การตั้งรับปัญหา (๐-๒๕%) การปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมมากกว่าเป็นกระบวนการ และส่วนสำคัญจะตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้าขาดการกำหนดเป้าประสงค์ที่ดี

	๒) แนวทางที่เริ่มเป็นระบบ (๓๐-๔๕%) ส่วนราชการเพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติการต่างๆด้วยการใช้กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ มีการประเมินผล มีการปรับปรุง และเริ่มมีการประสานงานบ้างระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในส่วนราชการ มีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์เชิงปริมาณ ๓) แนวทางสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (๕๐-๖๕%) การปฏิบัติการมีลักษณะเป็นกระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับปรุง โดยมีการแบ่งปันการเรียนรู้และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ภายในส่วนราชการกระบวนการตอบสนองยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์สำคัญของส่วนราชการ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินดังกล่าว และจะมีผู้ตรวจประเมิน ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ให้ส่วนราชการ เพื่อแสดงผลการรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละประเด็น										
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละความสำเร็จของดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด <table><tr><td>ปีงบประมาณ ๖๘</td><td>ปีงบประมาณ ๖๙</td><td>ปีงบประมาณ ๗๐</td><td>ปีงบประมาณ ๗๑</td><td>ปีงบประมาณ ๗๒</td></tr><tr><td>ร้อยละ ๑๐๐</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td><td>ร้อยละ ๑๐๐</td></tr></table>		ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒							
ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐							
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ ๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (หน่วยบริหาร)										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝือ สสจ.อุดรธานี										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข										
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝือ สสจ.อุดรธานี										
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘										

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :

เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ตามรายงานผลการดำเนินงานผ่านเว็บไซต์ http://pmqa.moph.go.th/๒๕๖๘/frontend/web/index.php	๑. ส่วนราชการจัดทำลักษณะสำคัญขององค์การครบ ๑๓ คำถาม (แบบฟอร์ม ๑) ส่งภายในวันที่ ๖ ม.ค.๖๘ ๒. ส่วนราชการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ หมวด ๑-๖ (แบบฟอร์ม ๒) จัดส่งภายในวันที่ ๖ ม.ค.๖๘ ๓. ส่วนราชการกำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ ครบ ๑๘ ข้อโดยเพิ่มตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการตามหัวข้อเป็นหัวข้อละ ๒ ตัวชี้วัดรวม ๓๖ ตัวชี้วัด และต้องสอดคล้องกับหมวดที่เลือกดำเนินการ (แบบฟอร์ม ๔) และจัดส่งภายในวันที่ ๖ ม.ค.๖๘	๑.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๖ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ส่งภายในวันที่ ๔ เม.ย.๖๘ ๒. ส่วนราชการ (สสจ. และ ส่วนกลาง) จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ (แบบฟอร์ม ๕.๒) รอบ ๖ เดือน จัดส่งภายในวันที่ ๔ เม.ย.๖๘ ๓.ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ. ๒๕๖๒ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ ๖ เดือน โดยทีมผู้ตรวจประเมิน	๑.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๙ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๔ ก.ค.๖๘ ๒. ประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับการจัดการคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.๒๕๖๒ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ ๙ เดือน ๓. ทีมตรวจประเมินคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ตรวจสอบประเมินผ่านระบบและลงพื้นที่เพื่อตรวจสอบประเมินฯ รับรองผลการดำเนินงาน PMQA	๑.รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๑๒ เดือนผ่านระบบออนไลน์ ภายในวันที่ ๒๕ ก.ย.๖๘ ๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดติดตามผลการดำเนินการของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านระบบออนไลน์ รอบ ๑๒ เดือน

วิธีการประเมินผล :

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน (ผลการดำเนินงาน)	คะแนน															
๑	๑. ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ.) จัดทำลักษณะสำคัญขององค์การ (แบบฟอร์ม ๑) ได้ครบถ้วนส่งภายในวันที่ ๖ ม.ค.๖๘	๑															
	เกณฑ์การให้คะแนน +/- ๒ คำถาม ต่อ ๐.๑๐ คะแนน (interval)																
	<table><tr><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>๐.๑๐ คะแนน</td><td>๐.๒๐ คะแนน</td><td>๐.๓๐ คะแนน</td><td>๐.๔๐ คะแนน</td><td>๐.๕ คะแนน</td></tr><tr><td>๕ คำถาม</td><td>๗ คำถาม</td><td>๙ คำถาม</td><td>๑๑ คำถาม</td><td>๑๓ คำถาม</td></tr></table>		เกณฑ์การให้คะแนน					๐.๑๐ คะแนน	๐.๒๐ คะแนน	๐.๓๐ คะแนน	๐.๔๐ คะแนน	๐.๕ คะแนน	๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม
	เกณฑ์การให้คะแนน																
	๐.๑๐ คะแนน		๐.๒๐ คะแนน	๐.๓๐ คะแนน	๐.๔๐ คะแนน	๐.๕ คะแนน											
๕ คำถาม	๗ คำถาม	๙ คำถาม	๑๑ คำถาม	๑๓ คำถาม													
๒. ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ.) ประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ ในหมวด ๑ – ๖ ได้ครบถ้วน (แบบฟอร์ม ๒) จัดส่งภายในวันที่ ๖ ม.ค.๖๘																	
<table><tr><th rowspan="2">โอกาสในการปรับปรุง (OFI)</th><th colspan="2">เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><th>๐.๒๐ คะแนน</th><th>๐.๕ คะแนน</th></tr><tr><td>หมวด ๑-๖</td><td>ไม่ครบ ๖ หมวด</td><td>ครบ ๖ หมวด</td></tr></table>	โอกาสในการปรับปรุง (OFI)	เกณฑ์การให้คะแนน		๐.๒๐ คะแนน	๐.๕ คะแนน	หมวด ๑-๖	ไม่ครบ ๖ หมวด	ครบ ๖ หมวด									
โอกาสในการปรับปรุง (OFI)		เกณฑ์การให้คะแนน															
	๐.๒๐ คะแนน	๐.๕ คะแนน															
หมวด ๑-๖	ไม่ครบ ๖ หมวด	ครบ ๖ หมวด															

เกณฑ์การประเมิน :

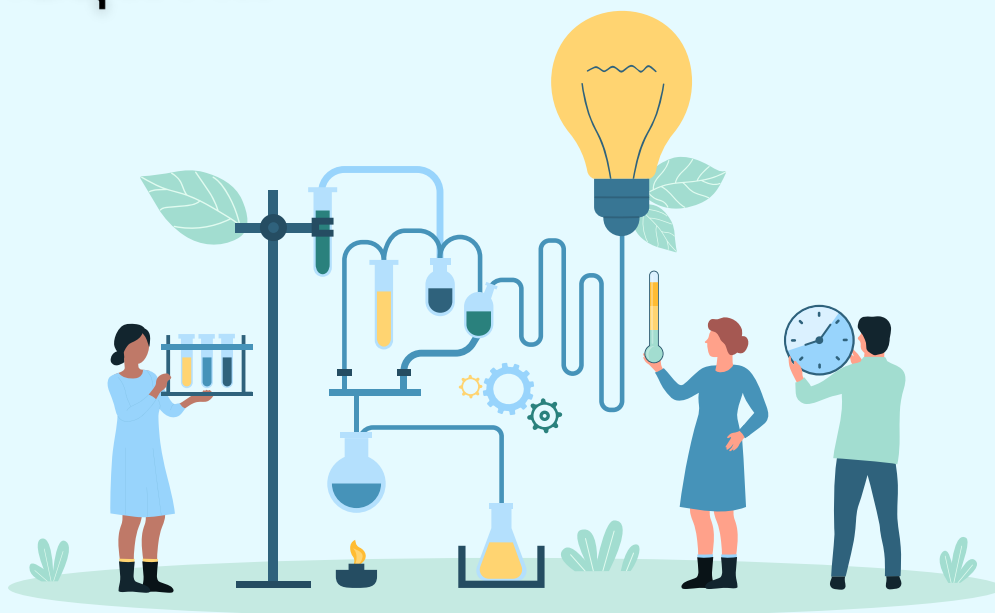
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน (ผลการดำเนินงาน)	คะแนน												
๒	๑.ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ.) กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ (แบบฟอร์ม ๔) จัดส่งภายในวันที่ ๖ ม.ค.๖๘ ๒.ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ.) รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ ๗.๑ – ๗.๖ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ ๖ เดือน ส่งภายในวันที่ ๔ เม.ย.๖๘ ๓.ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ.) จัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการจำนวน ๑ หมวด (แบบฟอร์ม ๕.๒) รอบ ๖ เดือน ส่งภายในวันที่ ๔ เม.ย.๖๘	๑												
๓	๑.ทีมตรวจประเมินฯ ตรวจสอบประเมินผลลัพธ์ของการดำเนินการเทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.๒๕๖๒ <table><tr><th>ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>๑๐-๒๐%</td><td>๐.๒๐</td></tr><tr><td>๒๑-๓๐%</td><td>๐.๔๐</td></tr><tr><td>๓๑-๔๐%</td><td>๐.๖๐</td></tr><tr><td>๔๑-๕๐%</td><td>๐.๘๐</td></tr><tr><td>มากกว่า ๕๐%</td><td>๑.๐๐</td></tr></table>	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน	๑๐-๒๐%	๐.๒๐	๒๑-๓๐%	๐.๔๐	๓๑-๔๐%	๐.๖๐	๔๑-๕๐%	๐.๘๐	มากกว่า ๕๐%	๑.๐๐	๑
ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน													
๑๐-๒๐%	๐.๒๐													
๒๑-๓๐%	๐.๔๐													
๓๑-๔๐%	๐.๖๐													
๔๑-๕๐%	๐.๘๐													
มากกว่า ๕๐%	๑.๐๐													
๔	๑.ส่วนราชการ (สสจ.และ สสอ.) รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ ๗.๑ –๗.๖ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ ๙ เดือน ภายในวันที่ ๔ ก.ค.๖๘และ รอบ ๑๒ เดือนส่งภายในวันที่ ๒๖ ก.ย.๖๘ <table><tr><th>ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr><tr><td>๑๐-๒๐%</td><td>๐.๒๐</td></tr><tr><td>๒๑-๓๐%</td><td>๐.๔๐</td></tr><tr><td>๓๑-๔๐%</td><td>๐.๖๐</td></tr><tr><td>๔๑-๕๐%</td><td>๐.๘๐</td></tr><tr><td>มากกว่า ๕๐%</td><td>๑.๐๐</td></tr></table>	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน	๑๐-๒๐%	๐.๒๐	๒๑-๓๐%	๐.๔๐	๓๑-๔๐%	๐.๖๐	๔๑-๕๐%	๐.๘๐	มากกว่า ๕๐%	๑.๐๐	๑
ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ PMQA	เกณฑ์การให้คะแนน													
๑๐-๒๐%	๐.๒๐													
๒๑-๓๐%	๐.๔๐													
๓๑-๔๐%	๐.๖๐													
๔๑-๕๐%	๐.๘๐													
มากกว่า ๕๐%	๑.๐๐													
๕	๑.ส่วนราชการ (สสจ.และส่วนกลาง) รายงานผลลัพธ์ตามหัวข้อ ๗.๑ –๗.๖ ผ่านระบบออนไลน์ รอบ ๙ เดือน ภายในวันที่ ๔ ก.ค.๖๘ และ รอบ ๑๒ เดือนส่งภายในวันที่ ๒๖ ก.ย.๖๘	๑												

เอกสาร สนับสนุน:	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/
---------------------	--

รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละความสำเร็จของการประเมินส่วนราชการ ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ (PMQA) ผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด		ร้อยละ N/A	๗๑.๕๙ (ผ่านเกณฑ์ ๖๓ หน่วยงาน)	๗๒.๗๒ (ผ่านเกณฑ์ ๖๔ หน่วยงาน)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายไสว ชัยประโคน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝาง อีเมล: chaiprakom@hotmailcom โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๔๒๘๒๗๕๙				

เป้าประสงค์ที่ 10

บุคลากรมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน สามารถสร้างองค์ความรู้และนวัตกรรมด้านสุขภาพ



KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๓๐. ระดับความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ๓๐.๑ วิจัยและนวัตกรรม ๓๐.๒ จำนวนการพัฒนา CQI ๓๐.๓ จำนวนการพัฒนา R๒R ๓๐.๔ ร้อยละของบุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน
คำนิยาม	งานวิจัย (Research) หมายถึง กระบวนการศึกษาค้นคว้าอย่างเป็นระบบ เพื่อแสวงหาองค์ความรู้ใหม่หรือทบทวนองค์ความรู้เดิม โดยอาศัยวิธีการทางวิทยาศาสตร์ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบหรือข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการบริการ พัฒนางานในโรงพยาบาล หรือแก้ปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพ นวัตกรรม (Innovation) หมายถึง แนวคิด วิธีการ เครื่องมือ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ถูกพัฒนาขึ้น หรือปรับปรุงจากของเดิม เพื่อยกระดับคุณภาพการให้บริการ ลดภาระงาน เพิ่มประสิทธิภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้ดียิ่งขึ้น โดยอาจไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งประดิษฐ์ แต่อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงกระบวนการ การจัดระบบงาน หรือการนำเทคโนโลยีมาใช้ การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement; CQI) หมายถึง กระบวนการปรับปรุงงานหรือระบบบริการในโรงพยาบาลโดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยอาศัยข้อมูลเชิงประจักษ์ (evidence-based) การวิเคราะห์ปัญหา และการมีส่วนร่วมของทีมงานในการคิดค้นแนวทางใหม่ ๆ หรือปรับปรุงจากสิ่งที่มีอยู่เดิมอย่างต่อเนื่อง การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to Research; R๒R) หมายถึง การนำปัญหา หรือคำถามที่พบในการปฏิบัติงานประจำ มาตั้งเป็นประเด็นการวิจัย แล้วดำเนินการศึกษาค้นคว้าโดยใช้กระบวนการวิจัย เพื่อค้นหาคำตอบหรือแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทจริงของงานนั้น ๆ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคลากรมีทักษะวิจัยและสามารถพัฒนางานของตนเองได้อย่างมีหลักการ การใช้ AI ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข หมายถึง การนำเทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) มาใช้ในการวิเคราะห์ วางแผน ติดตามประเมินผล หรือให้บริการด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดภาระงาน และพัฒนาคุณภาพบริการในระบบสุขภาพ บุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน หมายถึง บุคลากรกลุ่มวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำ AI มาใช้ในการปฏิบัติงานได้ครบทั้ง ๓ ประเภท ดังนี้ ๑. AI ประเภทผู้ช่วยส่วนตัว (Generative AI / Virtual Assistant) ใช้ช่วยตอบคำถาม สรุปข้อมูล จัดการงานเอกสาร เช่น: - Chat GPT (ช่วยสรุป เขียนอีเมล รายงาน แปลภาษา) - Google Gemini, Microsoft Copilot, Claude AI ๒. AI สำหรับงานด้านเอกสารและการจัดการข้อมูล (Document & Data Processing AI)

	- OCR (Optical Character Recognition) เช่น Tesseract, Google Vision AI ใช้แปลงภาพเอกสารเป็นข้อความ - AI วิเคราะห์เอกสาร/สัญญา เช่น Luminance, Kira ๓. AI ด้านภาพและวิดีโอ (Image/Video AI) เช่น - Canva AI, Runway ML, Adobe Firefly, Midjourney ใช้สร้าง-แก้ไขภาพและวิดีโอ - AI วิเคราะห์ภาพถ่ายทางการแพทย์ เช่น X-ray, MRI
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ระดับความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่	ระดับที่ ๓	ระดับที่ ๔	ระดับที่ ๕	ระดับที่ ๕	ระดับที่ ๕
๑. จำนวนวิจัยและนวัตกรรม (เรื่อง)	๑	๒	๓	๓	๓
๒. จำนวนการพัฒนา CQI (เรื่อง)	๕	๗	๑๐	๑๐	๑๐
๓. จำนวนการพัฒนา R๒R (เรื่อง)	๑๐	๑๒	๑๕	๑๕	๑๕
๔. ร้อยละของบุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน	๒๕	๓๕	๕๐	๕๐	๕๐
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนบุคลากรในพื้นที่ให้บุคลากรมีการพัฒนาคุณภาพบริการโดยสร้างงานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาในบริบทของตนเอง ๒. เพื่อสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ที่เหมาะสมกับพื้นที่และพัฒนาคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง ๓. เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้และการใช้ข้อมูลอย่างมีระบบในการพัฒนางานประจำ ๔. เพื่อพัฒนาทักษะดิจิทัลของบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ ลดภาระงานของบุคลากรสาธารณสุข และส่งเสริมการใช้ข้อมูลและเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลบ้านผือ สาธารณสุขอำเภอบ้านผือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง ๒๐ แห่ง ในเขตอำเภอบ้านผือ ๒. ผู้ใช้บริการและประชาชนในเขตบริการที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานยุทธศาสตร์/กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ รวบรวมข้อมูลจากแบบฟอร์มรายงานโครงการวิจัย CQI และ R๒R และจากแบบสำรวจการนำ AI มาใช้ในงาน พร้อมหลักฐานประกอบ				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ และกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนบุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ที่นำ AI มาใช้ในงานตามเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนบุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ข้อที่ ๑-๓)	จำนวนผลงานวิจัยและ นวัตกรรม , CQI และ R๒R ที่ดำเนินการเสร็จสิ้นและมีรายงานผล (เรื่อง)				

สูตรคำนวณ ตัวชี้วัด (ข้อที่ ๔)	A/B x ๑๐๐			
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔			
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘				
ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับความสำเร็จในการพัฒนา งานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุข ในพื้นที่	-	ระดับที่ ๑	ระดับที่ ๒	ระดับที่ ๓
๑. จำนวนวิจัยและนวัตกรรม(เรื่อง)	กำหนดหัวข้อ งานวิจัย	เก็บรวบรวม ข้อมูล	วิเคราะห์ข้อมูล	นำเสนอและตีพิมพ์ จำนวน ๑ เรื่อง
๒. จำนวนการพัฒนา CQI	-	๓	-	๕
๓. จำนวนการพัฒนา R๒R	-	๕	-	๑๐
๔.ร้อยละของบุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน	-	-	-	ร้อยละ ๒๕

วิธีการประเมินผล	ระดับความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ เป้าหมายปี ๒๕๖๘ : ระดับ ๓ โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้	
	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน
	๑	การพัฒนา CQI ≥ ๑ เรื่อง การพัฒนา R๒R ≥ ๓ เรื่อง บุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ใช้ AI ในการปฏิบัติงาน ≥ ร้อยละ ๑๕
	๒	งานวิจัยและนวัตกรรม อย่างน้อย ๑ เรื่อง การพัฒนา CQI ≥ ๓ เรื่อง การพัฒนา R๒R ≥ ๕ เรื่อง บุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ใช้ AI ในการปฏิบัติงาน ≥ ร้อยละ ๒๐
	๓	งานวิจัยและนวัตกรรม อย่างน้อย ๑ เรื่อง การพัฒนา CQI ≥ ๕ เรื่อง การพัฒนา R๒R ≥ ๑๐ เรื่อง บุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ใช้ AI ในการปฏิบัติงาน ≥ ร้อยละ ๒๕
	๔	งานวิจัยและนวัตกรรม ≥ ๒ เรื่อง การพัฒนา CQI ≥ ๗ เรื่อง การพัฒนา R๒R ≥ ๑๒ เรื่อง บุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ใช้ AI ในการปฏิบัติงาน ≥ ร้อยละ ๓๕

	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน				
	๕	งานวิจัยและนวัตกรรม ≥ ๓ เรื่อง การพัฒนา CQI ≥ ๑๐ เรื่อง การพัฒนา R๒R ≥ ๑๕ เรื่อง บุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ใช้ AI ในการปฏิบัติงาน ≥ ร้อยละ ๕๐				
เอกสารสนับสนุน :	๑. รายงานสรุปโครงการวิจัย CQI และ R๒R ของหน่วยบริการ ๒. แผนงานวิจัยระดับอำเภอ ๓. รายงานผลการสำรวจการนำ AI มาใช้ในงาน ๔. ข้อมูลจากกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ และกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	๑. จำนวนวิจัยและนวัตกรรม(เรื่อง)		เรื่อง	NA	NA	NA
	๒. จำนวนการพัฒนา CQI		เรื่อง	NA	NA	NA
	๓. จำนวนการพัฒนา R๒R		เรื่อง	NA	NA	NA
	๔. ร้อยละของบุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน		ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ – สกุล น.ส.อารีรัตน์ ชิยางคบุตร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๘๙ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๖- ๗๑๔๙๐๕๒ ชื่อ – สกุล นายพัฒนพงษ์ อินเสมียน ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : -					

เป้าประสงค์ที่ 11

บุคลากรมีสุขภาพดีเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพ
แก่ประชาชนและมีความสุข



KPI Template งานบริหารทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)
แผนงาน	แผนงาน การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	คปสอ.บ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๓๑. ค่าคะแนนความสำเร็จในการประเมินบุคลากรที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ๓๑.๑ ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ๓๑.๒ ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)
คำนิยาม	องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่มีกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์และเป้าหมายขององค์กร เพื่อให้องค์กรมีความพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลง นำพาองค์กรไปสู่การเติบโตอย่างยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบได้แก่ คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน้อยอยู่ และชุมชนสมานฉันท์ องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ มีการจัดทำผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข โดยใช้เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพเป็นแนวทางในดำเนินงาน สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน แบบประเมิน Happinometer คือ เครื่องมือที่ใช้สำหรับวัดระดับความสุขและคุณภาพชีวิตของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนทำงานในองค์กร เครื่องมือนี้ช่วยให้บุคคลและองค์กรเข้าใจสถานะความสุขของตนเองและนำข้อมูลไปใช้ในการปรับปรุงและส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความสุข การวิเคราะห์ผลการประเมินความสุขของบุคลากร (Happinometer) ประกอบด้วย ๙ ประเด็น ได้แก่ ๑) Happy Soul (จิตวิญญาณดี) ๒) Happy Heart (น้ำใจดี) ๓) Happy Work Life (การทำงานดี) ๔) Happy Family (ครอบครัวดี) ๕) Happy Society (สังคมดี) ๖) Happy Body (สุขภาพกายดี) ๗) Happy Brain (ใฝ่รู้ดี) ๘) Happy Relax (ผ่อนคลายดี) ๙) Happy Money (สุขภาพเงินดี) เกณฑ์ค่าเฉลี่ยความสุข ๑. คะแนนเฉลี่ยระหว่าง ๐.๐๐ – ๒๔.๙๙ Very Unhappy สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรในองค์กรอยู่ในระดับ “ ไม่มีความสุขเลย” ตัวท่านเองและผู้บริหารต้องร่วมมือกัน ดำเนินการพัฒนาส่งเสริมความสุขอย่างเร่งด่วน ๒. คะแนนเฉลี่ยระหว่าง ๒๕.๐๐ – ๔๙.๙๙ Unhappy สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรในองค์กรอยู่ในระดับ “ ไม่มีความสุข” ตัวท่านเองและผู้บริหารต้องร่วมมือกัน ดำเนินการพัฒนาส่งเสริมความสุขอย่างจริงจัง ๓. คะแนนเฉลี่ยระหว่าง ๕๐.๐๐ – ๗๔.๙๙ happy สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรในองค์กรอยู่ในระดับ “ มีความสุข” ตัวท่านเองและผู้บริหารต้องร่วมมือกันสร้างเสริมและสนับสนุนให้มีความสุขยิ่งขึ้นไป

๔. คะแนนเฉลี่ยระหว่าง ๗๕.๐๐ – ๑๐๐.๐๐ Very happy สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรในองค์กรอยู่ในระดับ “ มีความสุขมาก ” ตัวท่านเองและผู้บริหารต้องร่วมมือกันสร้างเสริมและสนับสนุนให้มีความสุขอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน รวมทั้งร่วมมือกัน สร้างเสริมองค์กรของท่านให้เป็น “ องค์กรต้นแบบสร้างสุข ” เพื่อเป็นแบบอย่าง “ องค์กรที่มีการปฏิบัติที่เป็นเลิศ ” : Best Practice				
ระดับความสุข	Very Unhappy	Unhappy	Happy	Very Happy
				
คะแนน	0.00-24.99	25.00-49.99	50.00-74.99	75.00-100
สิ่งที่ควรดำเนินการ	คุณและองค์กรต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน	คุณและองค์กรต้องร่วมมือกันแก้ไขอย่างจริงจัง	คุณและองค์กรต้องร่วมมือกันสร้างสุขอย่างต่อเนื่อง	ยินดีด้วย คุณและองค์กรเป็นต้นแบบแห่งการสร้างสุข

เกณฑ์เป้าหมาย : ค่าคะแนนความสำเร็จในการประเมินบุคลากรที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ค่าคะแนนความสำเร็จในการประเมินบุคลากรที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)					
๑.ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐
๒.ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)	ร้อยละ ๓๕	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๕

วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) มาใช้ในการพัฒนาองค์กรมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข สู่องค์กรแห่งความสุขอย่างยั่งยืน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การทำแบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) : บุคลากรสังกัด กระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ๑) ข้าราชการ ๒) พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ๓) พนักงานราชการ ๔) ลูกจ้างประจำ ๕) ลูกจ้างชั่วคราว ๖) ลูกจ้างรายวัน และจ้างเหมาบริการ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บุคลากรในหน่วยงานทำแบบทดสอบ แบบประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) ผ่านระบบออนไลน์ของโรงพยาบาล

แหล่งข้อมูล	๑. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ๒. งานบริหารทั่วไป โรงพยาบาลบ้านฝื่อ																				
รายการข้อมูลที่ ๑	A = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ทำการประเมินความสุขครบถ้วน																				
รายการข้อมูลที่ ๒	B = จำนวนบุคลากรในหน่วยงานที่ได้คะแนนประเมินความสุข ในระดับ Happy (ร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป)																				
รายการข้อมูลที่ ๓	C = จำนวนบุคลากรทั้งหมดในหน่วยงาน																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (๑)	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) = A/C*๑๐๐																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (๒)	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) = B/C*๑๐๐																				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๔																				
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ : ค่าคะแนนความสำเร็จในการประเมินบุคลากรที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)																					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																		
-	-	-	๑. บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) (ร้อยละ ๗๐) ๒.บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) (ร้อยละ ๓๕)																		
วิธีการประเมินผล :																					
ค่าคะแนนความสำเร็จในการประเมินบุคลากรที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ๑. ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐																					
<table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๕๕.๐๐ -๕๙.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๖๐.๐๐ -๖๔.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>				ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕	๑	๒	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๕๕.๐๐ -๕๙.๙๙	๒	๓	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๖๐.๐๐ -๖๔.๙๙	๓	๔	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๔	๕	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป	๕
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																			
๑	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕	๑																			
๒	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๕๕.๐๐ -๕๙.๙๙	๒																			
๓	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๖๐.๐๐ -๖๔.๙๙	๓																			
๔	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๔																			
๕	บุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป	๕																			

	๒. ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) คำเป้าหมาย : ร้อยละ ๓๕ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๒๐.๐๐ -๒๔.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๒๕.๐๐ -๒๙.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๓๐.๐๐ – ๓๔.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๓๕ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>					ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	๑	๒	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๒๐.๐๐ -๒๔.๙๙	๒	๓	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๒๕.๐๐ -๒๙.๙๙	๓	๔	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๓๐.๐๐ – ๓๔.๙๙	๔	๕	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๓๕ ขึ้นไป	๕
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																					
๑	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) น้อยกว่า ร้อยละ ๒๐	๑																					
๒	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๒๐.๐๐ -๒๔.๙๙	๒																					
๓	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๒๕.๐๐ -๒๙.๙๙	๓																					
๔	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๓๐.๐๐ – ๓๔.๙๙	๔																					
๕	บุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ร้อยละ ๓๕ ขึ้นไป	๕																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)	ร้อยละ	NA	NA	NA					
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																			
ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)	ร้อยละ	NA	NA	NA																			
เอกสารสนับสนุน:	๑. แบบประเมินความสุขบุคลากร กระทรวงสาธารณสุข (Happinometer) ๒. เกณฑ์องค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ																						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑) ชื่อ นายมานิตย์ นิยมเหลา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๒๔๑๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๒๓๑๖๖๘๐																						

