



รายละเอียดตัวชี้วัด

โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

ประจำปีงบประมาณ 2025

PP&P
Excellence



Service
Excellence



Governance
Excellence



People
Excellence



งานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ

วิสัยทัศน์

“เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เชี่ยวชาญ
และบริการเป็นเลิศระดับเขต”

พันธกิจ

01

พันธกิจที่ 1

ให้การรักษายาบาลที่เป็นเลิศ ในระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของพื้นที่

02

พันธกิจที่ 2

ร่วมมือและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ

03

พันธกิจที่ 3

พัฒนาศักยภาพปฐมภูมิร่วมกับภาคีเครือข่ายให้ประชาชนพึ่งพิงตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้น

04

พันธกิจที่ 4

พัฒนาระบบบริหารจัดการให้เป็นองค์กรธรรมาภิบาลและมีสมรรถนะสูง

ประเด็นยุทธศาสตร์

01

พัฒนาศักยภาพการรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มุ่งเน้น
ในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่ซับซ้อนให้ได้คุณภาพ

02

พัฒนาระบบการส่งต่อและการแพทย์ฉุกเฉินในเครือข่าย

03

พัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพ

04

พัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและเสริมสร้างพฤติกรรม
สุขภาพที่ดีของประชาชน

05

พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเบื้องต้นด้วย
แนวคิด Wellness Community โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

06

พัฒนาระบบบริหารจัดการให้มีธรรมาภิบาล บุคคลมี
สมรรถนะในการปฏิบัติงาน

07

เร่งรัดระบบการเงิน การคลังให้มีประสิทธิภาพเพียงพอ
ต่อการดำเนินงาน

08

พัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน

คำนำ

รายละเอียดตัวชี้วัด โรงพยาบาลบ้านฝ้อ อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 หน่วยงานรับผิดชอบใน ระดับโรงพยาบาล จัดทำขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับเป้าหมายของ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ “เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายที่เชี่ยวชาญและบริการเป็นเลิศระดับเขต” ครอบคลุมความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) ด้านการรักษาพยาบาลที่เป็นเลิศในระดับกุตัญญุมและตติยญุมให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพของพื้นที่ 2) ด้านความร่วมมือและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายบริการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ 3) ด้านการพัฒนาศักยภาพปญญญุมร่วมกับภาคีเครือข่ายให้ประชาชนพึงพิงตนเองด้านสุขภาพได้มากขึ้นและ 4) ด้านการพัฒนาระบบบริหารจัดการให้เป็นองค์กรธรรมาภิบาลและมีสมรรถนะสูง ภายใต้กรอบ 8 ประเด็นยุทธศาสตร์ 10 เป้าประสงค์ และ 48 ตัวชี้วัด เพื่อใช้ในการกำกับติดตามผลการดำเนินงาน และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานพร้อม ทั้งจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัดดังกล่าว และเพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

งานยุทธศาสตร์
โรงพยาบาลบ้านฝ้อ
กรกฎาคม 2568

สารบัญ

ตัวชี้วัดที่

ชื่อตัวชี้วัด

เป้าประสงค์ที่ 1 ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัยและมีความพึงพอใจ

1. คำนวณน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน ทั้งหมด CMI เพิ่มขึ้น
2. ค่า sum of AdjRW
3. อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ
 - 3.1 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล
 - 1) ร้อยละของการให้การรักษามะเร็งผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด
 - 2) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (Onset to Hospital) (น้อยกว่า 120 นาที)
 - 3.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด Community-acquired
 - 1) อัตราการเข้าถึง Sepsis Fast track
 - 2) อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS Criteria
 - 3.3 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury
 - 3.4 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน 11.78 ต่อแสนประชากร
 - 3.5 อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 1-18 ปีต่อแสนประชากร) ลดลง
 - 3.6 ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS > 0.75
 - 3.7 อัตราเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 วันต่อ 1000 การเกิดมีชีวิต
4. ระดับความสำเร็จของการพัฒนา HA&DHSA
5. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม)
6. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด
7. ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU hospital)
8. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ
 - 8.1 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก
 - 8.2 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน
 - 8.3 ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน

เป้าประสงค์ที่ 2 ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษาพยาบาลตาม service plan ในโรคที่ซับซ้อนและบริการทันตกรรมเฉพาะทาง

9. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
 - 9.1 ร้อยละผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น (Low Vision) ได้รับการคัดกรอง
 - 9.2 ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่างเหมาะสมทันเวลา
10. ร้อยละการเข้าถึงการรักษาทันตกรรมเฉพาะทาง
11. ร้อยละความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย Intermediate care ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
 - 11.1 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการรับยาฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ก่อนครบ 6 เดือน
 - 11.2 ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* หลังระยะ 6 เดือน ที่มี Barthel index ≤ 11 ได้รับการดูแล และไม่มีภาวะแทรกซ้อน
12. ค่าคะแนนผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Homeward ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

สารบัญ

ตัวชี้วัดที่

ชื่อตัวชี้วัด

เป้าประสงค์ที่ 3 ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (Take care) และการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล (Refer) มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัยและได้รับบริการที่ไร้รอยต่อ

13. ร้อยละการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 3 มีอาการคงที่และดีขึ้น
14. ร้อยละการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (RW ความรุนแรงของกลุ่มโรคน้อยกว่า 1)
15. ร้อยละการ Refer in ใน 5 สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลลูกข่ายเพิ่มขึ้น
 - 15.1 ร้อยละของผู้ป่วย Refer in ใน 5 สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลน้ำใส่มส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 20
 - 15.2 ร้อยละของผู้ป่วย Refer in ใน 5 สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลนาญส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ เพิ่มขึ้นร้อยละ 20

เป้าประสงค์ที่ 4 สถานพยาบาลและบุคลากรในเครือข่ายสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพเพื่อลดการส่งต่อ

16. ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อเข้ารับพัฒนาศักยภาพบุคลากร
17. ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้ตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด (วิชาชีพ/AI)
 - 17.1 ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน 20 ชม./ปี
 - 17.2 ร้อยละบุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กร

เป้าประสงค์ที่ 5 ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อลดความเจ็บป่วย ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ

18. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์
19. ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย
 - 19.1 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM
 - 19.2 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก
 - 19.3 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ได้รับการติดตามพัฒนาการล่าช้า
 - 19.4 ร้อยละของเด็ก 0-5 ปี ที่สงสัยล่าช้าได้รับการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA 4I
20. ร้อยละเด็กอายุ 3 ปี ปราศจากฟันผุ (Caries free)
21. ร้อยละเด็กอายุ 12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (Cavity free)
22. ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน
23. ร้อยละของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ได้รับการบริการคุมกำเนิดแบบสมัยใหม่หลังคลอด หรือหลังแท้ง
 - 23.1 ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ 15-19 ปี
24. ร้อยละคนวัยทำงานอายุ 19-59 ปี มีดัชนีมวลกายปกติ
 - 24.1 ร้อยละของบุคลากรมีสุขภาพดี ตามเกณฑ์ที่กำหนด
25. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (2 KPIs)
 - 25.1 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
 - 25.2 ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สารบัญ

ตัวชี้วัดที่

ชื่อตัวชี้วัด

เป้าประสงค์ที่ 5 ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อลดความเจ็บป่วย ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ

26. ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน wellness community
 - 26.1 อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมด (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 5 จากปีฐาน 2567)
 - 26.2 อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ ที่มาจากกลุ่มเสี่ยง (Type 1/2) (ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 1 จากจากปีฐาน 2567)
27. ร้อยละผู้ป่วย NCD ควบคุมน้ำตาลเบาหวานได้
 - 27.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
 - 27.2 ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี
28. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง
 - 28.1 ร้อยละของสตรีอายุ 30-60 ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก
 - 28.2 ร้อยละของสตรีอายุ 30-70 ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)
 - 28.3 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ลำไส้ตรง
 - 28.4 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งปากมดลูก) ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy
 - 28.5 ร้อยละของผู้ที่มีผลผิดปกติ (มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ผิดปกติ) ได้รับการส่องกล้อง Colonoscopy
29. ร้อยละผู้ป่วย CKD เปลี่ยนจากระยะที่ 3 เป็นระยะที่ 4
30. ร้อยละของผู้ดูแลหรือผู้ป่วย ในกลุ่มโรคเสี่ยงสูง (3S) มีความรู้ด้าน early warning signs และจัดการความช่วยเหลือเป็น
31. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี
32. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่
 - 32.1 ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
33. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน
 - 33.1 ร้อยละของผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี
34. ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอ
35. คะแนนเฉลี่ยต่อหัวน้ำหนัก มาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพและการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขภาพ

เป้าประสงค์ที่ 6 ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลของชุมชนขึ้นต้นด้วยตนเองมากขึ้น ด้วยระบบผสมผสาน

36. ระดับความสำเร็จของการดำเนินการอำเภอ Wellness Community
 - 36.1 จำนวน sw.สต. ที่ดำเนินการจัดตั้ง Wellness Center
37. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center
 - 37.1 สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hyperglycemia
 - 37.2 สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA1C < 6.5 ต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน

สารบัญ

ตัวชี้วัดที่

ชื่อตัวชี้วัด

เป้าประสงค์ที่ 7 เป็นโรงพยาบาลที่มีการบริหารตามหลักธรรมาภิบาลอย่างยั่งยืน

- 38. ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของ SW.บ้านฝื่อ
- 39. ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ของ SW.บ้านฝื่อ
- 40. ค่าคะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

เป้าประสงค์ที่ 8 บุคลากรมีเพียงพอและมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานและความผูกพัน

- 41. จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นตามยุทธศาสตร์องค์กร ตามกรอบ FTE
 - 41.1 จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น (คน)
 - 41.2 จำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น (คน)
 - 41.3 ร้อยละเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office)
- 42. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน
- 43. ค่าคะแนนความสำเร็จในการประเมินบุคลากรที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)
 - 43.1 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)
 - 43.2 ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer)
- 44. ระดับความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่
 - 44.1 วิจัยและนวัตกรรม
 - 44.2 จำนวนการพัฒนา CQI
 - 44.3 จำนวนการพัฒนา R2R
 - 44.4 ร้อยละของบุคลากร (กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน

เป้าประสงค์ที่ 9 ลดภาระหนี้สิน เพิ่มรายได้ เพื่อให้ SW.มีสถานะทางการเงินที่มั่นคง สมดุลต่อการบริหารบริการและการพัฒนา

- 45. จำนวนเงินที่เป็นผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงาน Home ward
- 46. มาตรการเพิ่มรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่าย
 - 46.1 จำนวนมาตรการเพิ่มรายได้/รายได้ที่เพิ่มขึ้น (บาท)
 - 46.2 จำนวนมาตรการควบคุม/รายจ่ายที่ลดลง (บาท)
- 47. SW.มีอัตราทางการเงินที่มั่นคงขึ้น
 - 47.1 ค่า Finance Risk Score
 - 47.2 อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio)
 - 47.3 อัตราส่วนหมุนเวียนเงิน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Current Ratio)
 - 47.4 อัตราส่วนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน(Quick Ratio)
 - 47.5 อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)

เป้าประสงค์ที่ 10 เป็น Smart hospital ที่มี เทคโนโลยีการบริการและจัดการที่ทันสมัย ระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย

- 48. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)

เป้าประสงค์ที่ 1

ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ
ปลอดภัยและมีความพึงพอใจ



KPI Template งานเวชระเบียน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘														
หมวด	ด้านธรรมาภิบาล (Governance Excellence)													
แผน	แผนงานที่ ๑๑ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ													
โครงการ	โครงการบริการจัดการด้านการเงินการคลัง													
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ													
ชื่อตัวชี้วัด	๑. คำนำน้หนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน ทั้งหมด CMI เพิ่มขึ้น ๒. ค่า Sum of Adj.RW													
คำนิยาม	CMI (Case Mix Index) คือ ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Relative Weights : Adj.RW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด ที่บ่งบอกถึงศักยภาพโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลแม่ข่าย (M๒) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า ๐.๘ RW (Relative Weight) คือ คำนำน้หนักสัมพัทธ์ Adj.RW (Adjusted Relative Weight) คือ น้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในทุกรายที่ปรับตามวันนอน Sum of Adj.RW คือ ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ของผู้ป่วยในทุกรายที่ปรับตามวันนอน ในช่วงเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยใน คือ ผู้ป่วยที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล													
เกณฑ์เป้าหมาย :														
๑. คำนำน้หนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน ทั้งหมด CMI เพิ่มขึ้น														
<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>๑.๐๐</td><td>๑.๐๕</td><td>๑.๑๐</td><td>๑.๑๕</td><td>๑.๒๐</td></tr></table>					ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	๑.๐๐	๑.๐๕	๑.๑๐	๑.๑๕	๑.๒๐
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒										
๑.๐๐	๑.๐๕	๑.๑๐	๑.๑๕	๑.๒๐										
๒. ค่า Sum of Adj.RW														
<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>๑๒,๐๐๐</td><td>๑๓,๐๐๐</td><td>๑๔,๐๐๐</td><td>๑๕,๐๐๐</td><td>๑๖,๐๐๐</td></tr></table>					ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	๑๒,๐๐๐	๑๓,๐๐๐	๑๔,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๖,๐๐๐
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒										
๑๒,๐๐๐	๑๓,๐๐๐	๑๔,๐๐๐	๑๕,๐๐๐	๑๖,๐๐๐										
วัตถุประสงค์	๑. ประเมินความยากง่ายของกลุ่มผู้ป่วยในที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาล ๒. ประเมินศักยภาพในการรักษาพยาบาลและวินิจฉัยโรคว่าอยู่ในมาตรฐานหรือไม่ ๓. ประเมินผลสัมฤทธิ์ของการทำงานของบุคลากรจากสหสาขาวิชาชีพว่าดำเนินการได้สอดคล้องและเป็นไปอย่างถูกต้องและเป็นแนวทางเดียวกัน													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูลโรงพยาบาล													
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม DRGsIndex๖ / รายงานจาก CMI@MoPH / รายงานข้อมูลสถิติ													
ระยะเวลาประเมินผล	๑. คำนำน้หนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน ทั้งหมด CMI เพิ่มขึ้น ประเมินผลทุกไตรมาสที่ ๑,๒,๓ และ ๔ ๒. ค่า Sum of Adj.RW ประเมินผลรายปี													

วิธีการประเมินผล	ประมวลผลข้อมูลจากโปรแกรม DRGsIndex๖ / รายงานจาก CMI@MoPH ดังนี้																						
	๑. คำนำน้หนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน ทั้งหมด CMI เพิ่มขึ้น โดยมีคำนำน้หนักคะแนนเท่ากับ ๓ สามารถแบ่งเกณฑ์การประเมินได้ดังนี้																						
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน																		
	๑	คำนำน้หนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน CMI = ๐.๖			๑																		
	๒	คำนำน้หนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน CMI = ๐.๗			๒																		
	๓	คำนำน้หนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน CMI = ๐.๘			๓																		
	๔	คำนำน้หนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน CMI = ๐.๙			๔																		
	๕	คำนำน้หนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยใน CMI = ๑.๐			๕																		
	๒. ค่า Sum of Adj.RW โดยมีคำนำน้หนักคะแนนเท่ากับ ๕ สามารถแบ่งเกณฑ์การประเมินได้ดังนี้																						
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน																		
	๑	ค่า Sum of Adj.RW = ๑๐,๐๐๐			๑																		
	๒	ค่า Sum of Adj.RW = ๑๐,๕๐๐			๒																		
	๓	ค่า Sum of Adj.RW = ๑๑,๐๐๐			๓																		
	๔	ค่า Sum of Adj.RW = ๑๑,๕๐๐			๔																		
	๕	ค่า Sum of Adj.RW = ๑๒,๐๐๐			๕																		
เอกสารสนับสนุน	๑. โปรแกรม DRGsIndex๖ ๒. โปรแกรม DRGAudit๘ ๓. CMI@MoPH																						
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. CMI = ๐.๙๙</td><td></td><td>๐.๙๘</td><td>๐.๙๘</td><td>๐.๙๙</td></tr><tr><td>๒. Sum Adj.RW = ๑๑,๕๔๘.๔๗</td><td></td><td>๙,๖๗๗.๐๙</td><td>๑๐,๒๙๕.๒๘</td><td>๑๑,๕๔๘.๔๗</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๑. CMI = ๐.๙๙		๐.๙๘	๐.๙๘	๐.๙๙	๒. Sum Adj.RW = ๑๑,๕๔๘.๔๗		๙,๖๗๗.๐๙	๑๐,๒๙๕.๒๘	๑๑,๕๔๘.๔๗
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																			
๑. CMI = ๐.๙๙		๐.๙๘	๐.๙๘	๐.๙๙																			
๒. Sum Adj.RW = ๑๑,๕๔๘.๔๗		๙,๖๗๗.๐๙	๑๐,๒๙๕.๒๘	๑๑,๕๔๘.๔๗																			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ นางสาวปริญานุช สกฤต พรมนาไร่ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเวชสถิติชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒ - ๒๘๑๐๒๖ - ๘ ต่อ ๑๙๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๔ - ๔๙๐ - ๕๐๖๓																						

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงาน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคหัวใจ				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๓. อัตราการเสียชีวิตในกลุ่มโรคสำคัญ ๓.๑ ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ๑) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด ๒) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที				
คำนิยาม	โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิดเอสทียก (ST-Elevated Myocardial Infarction) อัตราตายในผู้ป่วย STEMI ๑. ผู้ป่วย STEMI หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่เป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกฉุกเฉินและมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นที่มีศักยภาพสูงกว่า (โดยนับการเจ็บป่วยในครั้งนั้นเป็น ๑ visit) ๒. การตายของผู้ป่วย STEMI หมายถึง การตายจากสาเหตุโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด หมายถึง ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล ผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) หมายถึง ผู้ป่วย STEMI มาถึงโรงพยาบาลภายใน ๑๒๐ นาที ภายหลังมีอาการ (onset to hospital)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘	ปีงบประมาณ ๒๕๖๙	ปีงบประมาณ ๒๕๗๐	ปีงบประมาณ ๒๕๗๑	ปีงบประมาณ ๒๕๗๒
๓.๑ ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล	< ร้อยละ ๘	≤ ร้อยละ ๘	≤ ร้อยละ ๗	≤ ร้อยละ ๗	≤ ร้อยละ ๗
๑) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐
๒) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๘๐
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ได้แก่ - ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ WHO I๒๑.๐- I๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล (นับรวมเสียชีวิตที่ รพ. ระหว่างนำส่ง และเสียชีวิตที่ ER รพ.ปลายทาง) - ผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐- WHO I๒๑.๐- I๒๑.๓ ทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry /รายงานประจำเดือน/ เวชระเบียน				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry/รายงานประจำเดือน/ เวชระเบียน				

ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :				
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๓.๑ ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล	≤ ร้อยละ ๗	≤ ร้อยละ ๗	≤ ร้อยละ ๘	≤ ร้อยละ ๘
๑) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๖๕
๒) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ ๖๕

วิธีการประเมินผล :	๓.๑ ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล																	
	รายการข้อมูลที่ ๑ : A ๑ = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO – ๒๒๑.๐-๒๒๑.๓ ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด																	
	รายการข้อมูลที่ ๒ : B ๒ = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO – ๒๒๑.๐-๒๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด																	
	สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A๑/B๑) x ๑๐๐																	
	เป้าหมายตัวชี้วัด : < ร้อยละ ๘																	
	โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้																	
	<table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๑๒</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๑</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๐</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล น้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๘</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๑๒	๑	๒	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๑	๒	๓	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๐	๓	๔	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๙	๔	๕	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล น้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๘
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																
๑	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๑๒	๑																
๒	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๑	๒																
๓	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๑๐	๓																
๔	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล ร้อยละ ๙	๔																
๕	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล น้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๘	๕																

วิธีการประเมินผล :

๑) ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด

รายการข้อมูลที่ ๑ : A= จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน ๓๐ นาที นับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI (EKG diagnosis) เมื่อมาถึงโรงพยาบาล

รายการข้อมูลที่ ๒ : B= จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐

เป้าหมายตัวชี้วัด : ร้อยละ ๖๕

โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด น้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๖๑	๑
๒	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๖๒	๒
๓	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๖๓	๓
๔	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด ร้อยละ ๖๔	๔
๕	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้มาตรฐานเวลาที่กำหนด มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๖๕	๕

๒) ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที

รายการข้อมูลที่ ๑ : A๑ = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO – ๒๑.๐-๒๑.๓ ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที

รายการข้อมูลที่ ๒ : B๑ = จำนวนผู้ป่วยใน รหัส ICD๑๐ -WHO – ๒๑.๐-๒๑.๓ ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A๑/B๑) x ๑๐๐

เป้าหมายตัวชี้วัด : ร้อยละ ๖๕

โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที น้อยกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๖๑	๑
๒	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที ร้อยละ ๖๒	๒
๓	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที ร้อยละ ๖๓	๓
๔	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที ร้อยละ ๖๔	๔
๕	ร้อยละผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที มากกว่า หรือเท่ากับร้อยละ ๖๕	๕

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน						
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	๑) การเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ในโรงพยาบาล	ร้อยละ	๖.๔๕	๑๐.๓๔	๔.๔๕	๐
	๒) ผู้ป่วย STEMI ที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือด (SK) ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ	๙๑.๖๖	๘๓.๓๓	๑๐๐	๙๑.๖๖
	๓) ผู้ป่วย STEMI ที่เข้ารับบริการทันเวลา (onset to hospital) น้อยกว่า ๑๒๐ นาที	ร้อยละ	๖๗.๗๔	๖๕.๕๒	๗๖.๙๒	๖๔.๒๙
ข้อมูลจากThai ACS Registry/รายงานประจำปีเดือน/ เวชระเบียน						
เอกสารสนับสนุน:	- Thai ACS Registry - Thai Acute Coronary Syndrome Guideline ๒๐๒๐ - IBANEZ, Borja, et al. ๒๐๑๗ ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). <i>European heart journal</i>, ๒๐๑๗, ๓๙.๒: ๑๑๙-๑๗๗.					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	น.ส. สยามล นวลทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๘๒-๖๘๒-๕๑๔๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๔-๘๖๒-๙๙๕๕ E-mail: Sayamol.enpcum@gmail.com					

KPI Template งานกลุ่มการพยาบาล (Sepsis) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellences)
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัดหลัก	๓.๒ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired
ชื่อตัวชี้วัดย่อย	๑) อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ๒) อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria
คำนิยาม	๑. ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock ๑.๑ ผู้ป่วย severe sepsis หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป ที่เกิดภาวะ tissue hypoperfusion หรือ organ dysfunction โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ ๑.๒ ผู้ป่วย septic shock หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกาย ร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป (ตารางที่ ๑) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥ 65 mm Hg และ มีค่า serum lactate level > 2 mmol/L (๑๘ mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม ๒. Community-acquired sepsis หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชน โดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis ๓. hospital-acquired sepsis การติดเชื้อในโรงพยาบาล คือ การติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นๆ ที่ให้บริการสุขภาพ เช่น บ้านพักผู้ป่วย บ้านพักคนชรา สถานบำบัด ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หรืออื่นๆ การติดเชื้อในโรงพยาบาลเกิดขึ้นได้หลายวิธี เช่น ติดผ่านบุคลากรทางการแพทย์ที่มีเชื้อปนเปื้อนบนร่างกาย อุปกรณ์ที่ปนเปื้อน ผ้าปูที่นอน หรือละอองสารคัดหลั่งที่มีเชื้อ เป็นต้น ที่มาของเชื้ออาจมาจากสิ่งแวดล้อมจากผู้ป่วย จากบุคลากรที่ติดเชื้อ หรืออาจหาแหล่งที่มาของเชื้อไม่พบก็ได้ เชื้ออาจมาจากร่างกายของผู้ป่วยเอง ซึ่งเดิมเป็นเชื้อที่ยังไม่สามารถก่อให้เกิดโรคได้ แต่เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาบางอย่าง เช่น การผ่าตัด หรือหัตถการบางประเภท ก็ทำให้เชื้อที่มีอยู่เดิมมีโอกาสทำให้เกิดการติดเชื้อได้ เช่น การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด เป็นต้น อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือด แบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ๑. อัตราตายจาก community-acquired sepsis ๒. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis ๔. กลุ่มเป้าหมาย ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จะมุ่งเน้นที่กลุ่ม community – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบบริการให้มีคุณภาพมาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติให้ถึงเจ้าหน้าที่ชุมชน(บุคลากรสาธารณสุข, ผู้ป่วย, ครอบครัว, ทีมชุมชน) ระดับตำบล ชุมชนต่อไปเพื่อลดอัตราการเข้าถึงสถานบริการล่าช้าแล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป ๕. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไป ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ (sepsis screening tools) qSOFAตั้งแต่ ๒ ข้อ ขึ้นไป modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ ๔ คะแนน ขึ้นไป (ตารางที่ ๔) ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้

คำนิยาม	๖. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล หมายถึง ข้อมูลจาก ICD ๑๐ และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆ ของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง เป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราการมีแนวโน้มสูงขึ้น และอัตราเสียชีวิตสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกัน นอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร นอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ทำงานผิดปกติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาได้แก่ ภาวะช็อก, ไตวาย การทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลว และเสียชีวิตในที่สุด ๗. Sepsis Fast Track คือ กระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยว่ามีภาวะ Sepsis (ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง) อย่างเร่งด่วนและเป็นระบบ โดยมีกลุ่มเป้าหมายเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็ว หลักการของ Sepsis Fast Track คือ ๑. การคัดกรองเร็ว (Early recognition) ๒. เริ่มการรักษาภายใน ๑ ชั่วโมงแรก (Golden Hour) คือ ให้ยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำภายใน ๑ ชั่วโมง ๓. ให้น้ำเกลือ IV เพื่อรักษาความดันโลหิต ๔. ตรวจเลือด เช่น lactate และ blood culture ๕. ประสานทีมแพทย์และ ICU อย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง จุดประสงค์ของ Sepsis Fast Track คือ ๑. ลดเวลาในการวินิจฉัยและเริ่มการรักษา ๒. ป้องกันการเกิดภาวะ septic shock ๓. ลดอัตราการเสียชีวิตและความพิการถาวร ๘. SIRS (Systemic Inflammatory Response Syndrome) หรือ “กลุ่มอาการตอบสนองการอักเสบทั่วร่างกาย” คือ ภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองอย่างรุนแรงต่อการกระตุ้น เช่น การติดเชื้อ การบาดเจ็บ หรือ ภาวะรุนแรงอื่นๆ ซึ่งอาจนำไปสู่การทำงานผิดปกติของอวัยวะ เกณฑ์ของ SIRS มีต่อไปนี้ (อย่างน้อยต้องเข้าเกณฑ์อย่างน้อย ๒ ใน ๔ ข้อ) ๑. อุณหภูมิร่างกายผิดปกติ มากกว่า ๓๘ องศา (ไข้) หรือ น้อยกว่า ๓๖ องศา (อุณหภูมิต่ำกว่าปกติ) ๒. อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มากกว่า ๙๐ ครั้งต่อนาที ๓. อัตราการหายใจผิดปกติ มากกว่า ๒๐ ครั้งต่อนาที หรือ PaCO₂ น้อยกว่า ๓๒ mmHg ๔. จำนวนเม็ดเลือดขาวผิดปกติมากกว่า ๑๒,๐๐๐ หรือ น้อยกว่า ๔,๐๐๐ เซลล์/ไมโครลิตร หรือมีเม็ดเลือดขาวไม่เจริญ (band form) > ๑๐%
---------	---

เกณฑ์เป้าหมาย :					
ตัวชี้วัด (KPI)	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๒๕๗๒
๓.๒ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	๑๐	๑๐	๘	๘	๖
๑) อัตราการเข้าถึง sepsis fast track	๓๕	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕
๒) อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria	๗๐	๗๕	๘๐	๘๕	๙๐
วัตถุประสงค์	๑) ลดอัตราตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ในโรงพยาบาล				

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น sepsis ตามรหัส ICD -๑๐ รหัส Principle Diagnosis + Co – morbidity + Complication - รหัส ICD -๑๐ –WHO A๔๐.๑ - A๔๑.๙ , R๕๗.๒ และ R๖๕.๑ - Newborn Sepsis Code Get Specific P๓๖.๐-P๓๖.๙และ Code Discharge type เลือก Approval และ Refer ผู้ป่วยที่ส่งต่อ (Refer Out) ออกนอกโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อ			
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม/รายงานประจำเดือน			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Sepsis fast track			
รายการข้อมูล๒	B = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ที่เข้าเกณฑ์ Sepsis ทั้งหมด ในช่วงเวลานั้น			
สูตรการ คำนวณตัวชี้วัด ๑	A/B x ๑๐๐			
รายการข้อมูล๑	A = จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการดูแลตามแนวทาง SIRS			
รายการข้อมูล๒	B = จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ SIRS			
สูตรการ คำนวณตัวชี้วัด ๒	A/B x ๑๐๐			
ระยะเวลา ประเมินผล	ปีละ ๑ ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก ๓ เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘ :				
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๓.๒ อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด แบบรุนแรงชนิด community-acquired	<ร้อยละ ๑๐	<ร้อยละ ๑๐	<ร้อยละ ๑๐	<ร้อยละ ๑๐
๑) อัตราการเข้าถึง sepsis fast track	มากกว่าหรือ เท่ากับ ๓๕	มากกว่าหรือ เท่ากับ ๓๕	มากกว่าหรือ เท่ากับ ๓๕	มากกว่าหรือ เท่ากับ ๓๕
๒) อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria	มากกว่าหรือ เท่ากับ ๗๐	มากกว่าหรือ เท่ากับ ๗๐	มากกว่าหรือ เท่ากับ ๗๐	มากกว่าหรือ เท่ากับ ๗๐

	๑) อัตราการเข้าถึง sepsis fast track $\geq$ ร้อยละ ๓๕ โดยมีวิธีการประเมินดังนี้ A : จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามแนวทาง Sepsis fast track B : จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ที่เข้าเกณฑ์ Sepsis ทั้งหมด ในช่วงเวลานั้น สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $A/B \times 100$ ค่าเป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๓๕ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>อัตราการเข้าถึง sepsis fast track $\leq$ ร้อยละ ๓๑</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ร้อยละ ๓๒</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ร้อยละ ๓๓</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ร้อยละ ๓๔</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>อัตราการเข้าถึง sepsis fast track $\geq$ ร้อยละ ๓๕</td><td>๕</td></tr></table> ๒) อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria $\geq$ ร้อยละ ๗๐ โดยมีวิธีการประเมินดังนี้ A : จำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์และได้รับการดูแลตามแนวทาง SIRS B : จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ SIRS สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $A/B \times 100$ ค่าเป้าหมาย : $\geq$ ร้อยละ ๗๐ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria $\leq$ ร้อยละ ๖๖</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria ร้อยละ ๖๗</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria ร้อยละ ๖๘</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria ร้อยละ ๖๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria $\geq$ ร้อยละ ๗๐</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track $\leq$ ร้อยละ ๓๑	๑	๒	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ร้อยละ ๓๒	๒	๓	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ร้อยละ ๓๓	๓	๔	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ร้อยละ ๓๔	๔	๕	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track $\geq$ ร้อยละ ๓๕	๕	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria $\leq$ ร้อยละ ๖๖	๑	๒	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria ร้อยละ ๖๗	๒	๓	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria ร้อยละ ๖๘	๓	๔	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria ร้อยละ ๖๙	๔	๕	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria $\geq$ ร้อยละ ๗๐	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																																			
๑	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track $\leq$ ร้อยละ ๓๑	๑																																			
๒	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ร้อยละ ๓๒	๒																																			
๓	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ร้อยละ ๓๓	๓																																			
๔	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track ร้อยละ ๓๔	๔																																			
๕	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track $\geq$ ร้อยละ ๓๕	๕																																			
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																																			
๑	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria $\leq$ ร้อยละ ๖๖	๑																																			
๒	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria ร้อยละ ๖๗	๒																																			
๓	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria ร้อยละ ๖๘	๓																																			
๔	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria ร้อยละ ๖๙	๔																																			
๕	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria $\geq$ ร้อยละ ๗๐	๕																																			
เอกสารสนับสนุน :	๑. รายงาน HDC จังหวัดอุดรธานี ระดับโรงพยาบาลระดับอำเภอ ๒. รายงาน ๔๓ แฟ้ม / รายงานประจำเดือน ๓. เวชระเบียน																																				
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>อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired</td><td>ร้อยละ</td><td>๑๕</td><td>๑๘.๑๘</td><td>๑๒.๗๕ (๒๒)</td></tr><tr><td>อัตราการเข้าถึง sepsis fast track</td><td>ร้อยละ</td><td>๔๑.๗๖</td><td>๔๐.๒๗</td><td>๔๕.๒๖</td></tr><tr><td>อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>๖๙.๓๖</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ร้อยละ	๑๕	๑๘.๑๘	๑๒.๗๕ (๒๒)	อัตราการเข้าถึง sepsis fast track	ร้อยละ	๔๑.๗๖	๔๐.๒๗	๔๕.๒๖	อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria	ร้อยละ	NA	NA	๖๙.๓๖													
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																	
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																																	
อัตราการตายของผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	ร้อยละ	๑๕	๑๘.๑๘	๑๒.๗๕ (๒๒)																																	
อัตราการเข้าถึง sepsis fast track	ร้อยละ	๔๑.๗๖	๔๐.๒๗	๔๕.๒๖																																	
อัตราการเข้าถึงบริการด้วย SIRS criteria	ร้อยละ	NA	NA	๖๙.๓๖																																	

เอกสาร สนับสนุน :	๑. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ รายงาน HDC จังหวัดอุดรธานี ๒. รายงาน ๔๓ แพ้ม / รายงานประจำเดือน ๓. เวชระเบียน
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นางศุภมิตร รินทร์น้อย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒ ๒๘๑๐๒๖-๗ ต่อ ๑๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓-๒๔๖๕๓๖๙ ชื่อ-สกุล นางประภาพร แสงชมพู ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒ ๒๘๑๐๒๖-๗ ต่อ ๑๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๖๓๘๓๑๑

KPI Template งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	แผนที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๓.๓ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury			
คำนิยาม	ผู้ป่วย Multiple Injury หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายตำแหน่งหรือหลายระบบในร่างกายพร้อมกันซึ่งอาจเป็นผลมาจากอุบัติเหตุรุนแรง เช่น อุบัติเหตุทางถนน การพลัดตกจากที่สูง หรือการได้รับบาดเจ็บจากแรงระเบิด			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
น้อยกว่าร้อยละ ๕	๐	๐	๐	๐
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการให้บริการด้านคลยศาสตร์ โดยดูจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บหลายตำแหน่ง (Multiple injury) เพื่อแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ที่อัตราการเสียชีวิตสูง และนำข้อดี ของโรงพยาบาลที่อัตราการเสียชีวิตต่ำมาเผยแพร่ เป้าหมายหลัก คือ ลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุให้ลดลง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายตำแหน่งหรือหลายระบบในร่างกายพร้อมกันซึ่งอาจเป็นผลมาจากอุบัติเหตุรุนแรง เช่น อุบัติเหตุทางถนน การพลัดตกจากที่สูง หรือการได้รับบาดเจ็บจากแรงระเบิด			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๘			
แหล่งข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๘			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง (S ๐๖.๑- S๐๖.๙) ที่เสียชีวิต			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง (S ๐๖.๑- S๐๖.๙) ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส และรายปี			
เกณฑ์การประเมิน : อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
น้อยกว่าร้อยละ ๓	น้อยกว่าร้อยละ ๓	น้อยกว่าร้อยละ ๕	น้อยกว่าร้อยละ ๕	

วิธีการประเมินผล :	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้				
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน
	๑	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙			๑
	๒	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury ร้อยละ ๘			๒
	๓	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury ร้อยละ ๗			๓
	๔	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury ร้อยละ ๖			๔
	๕	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕			๕
เอกสารสนับสนุน :	๑. ข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยtraumatic brain injury สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ๒. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				๒๕๖๕	๒๕๖๖
	อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Multiple injury		ร้อยละ	๐	๒.๕
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	นางสาวอภิญญา ละอองศรี			ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ	
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗			โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๗๘๒-๒๙๙๖	
	โทรสาร : ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗ ต่อ ๑๐๒			Email : meng๒๓๒๐@gmail.com	
	สถานที่ทำงาน : งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝ้อ				

KPI Template งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	แผนที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๓.๔ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยจากอุบัติเหตุทางถนน ไม่เกิน ๑๑.๗๘ ต่อแสนประชากร			
คำนิยาม	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-๑๐ = V๐๑-V๘๙) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน ๒๔ ชม. จนถึง ๓๐ วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนวนนโยบายและยุทธศาสตร์ 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 “วัดซีนจราจร” 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/สปคม.</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 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	แผนที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านฝื่อ			
ชื่อตัวชี้วัด	๓.๕ อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑-๑๘ปี)			
คำนิยาม	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง ช่วงวัย ๑-๑๘ ปี หมายถึง จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน ในกลุ่มเด็กและเยาวชนช่วงอายุ ๑ - ๑๘ ปีลดลง ร้อยละ ๓ โดยเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) โดยใช้ข้อมูล “ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้าง ความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑-๑๘ปี)				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความสูญเสียจากการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็ก และเยาวชนไทย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเด็กและเยาวชนไทย ช่วงวัยอายุ ๑ - ๑๘ ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลการเสียชีวิตและบาดเจ็บ โดยใช้ฐานข้อมูลการเคลมประกันภัยของบริษัทกลาง คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด (THAIRSC) ในกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ ๑ - ๑๘ ปี โดยการเปรียบเทียบกับค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง ๓ ปี (ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗) เปรียบเทียบ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ใช้ข้อมูลในช่วงเดือน มกราคม ๒๕๖๘ - กันยายน ๒๕๖๘ (๙ เดือน)			
แหล่งข้อมูล	“ศูนย์ข้อมูลอุบัติเหตุ เพื่อเสริมสร้างความปลอดภัยทางถนน” (THAIRSC) บริษัท กลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ จำกัด			
รายการข้อมูล ๑	A = (จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บปี ๒๕๖๘) – (จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวน ผู้บาดเจ็บค่ามัธยฐาน ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗)			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้เสียชีวิตรวมกับจำนวนผู้บาดเจ็บค่ามัธยฐาน ปี ๒๕๖๕ - ๒๕๖๗			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)* ๑๐๐			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ๒๕๖๘				
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓	ร้อยละ ๓	

วิธีการประเมินผล	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) โดยมีวิธีการประเมินดังนี้ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ร้อยละ ๖</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ร้อยละ ๕</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ร้อยละ ๔</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗	๑	๒	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ร้อยละ ๖	๒	๓	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ร้อยละ ๕	๓	๔	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ร้อยละ ๔	๔	๕	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																	
๑	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗	๑																	
๒	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ร้อยละ ๖	๒																	
๓	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ร้อยละ ๕	๓																	
๔	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) ร้อยละ ๔	๔																	
๕	อัตราการเสียชีวิตและบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชนลดลง (ช่วงวัย ๑ - ๑๘ ปี) น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓	๕																	
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางกิจกรรมที่ดำเนินการ ▪ <u>จังหวัด สสจ./สสอ./รพ.</u> ๑. จัดประชุมหารือ ทบทวนการดำเนินงานร่วมกับคณะอนุกรรมการด้านความปลอดภัย ทางถนนในกลุ่มเด็กและเยาวชน ได้แก่ ศึกษาธิการจังหวัด/ปภ. /ขนส่ง/ตำรวจ และเขตพื้นที่ สพม./สพป./อาชีวะ ๒. ผลักดัน สนับสนุนให้อำเภอในจังหวัด ที่ดำเนินการ พขอ. เลือกระเบิด RTI เด็ก และเยาวชน ๓. สนับสนุนให้มีการฝึกอบรม “วัคซีนจราจร” แก่เด็กและเยาวชน เน้นการพัฒนา ศักยภาพวิทยากรให้มากขึ้น ๔. สนับสนุนให้มีโรงเรียน/สถานศึกษา ดำเนินการ “TSY Program” โดยเฉพาะโรงเรียน ประจำอำเภอ/ร.ร.ขนาดใหญ่ ๕. จัดกิจกรรมตรวจเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานของอำเภอและสถานศึกษา ร่วมกับ คณะอนุกรรมการ เด็กฯ จังหวัด ๖. ให้พิจารณาของบประมาณจาก กองทุนเพื่อความปลอดภัยในการใช้รถใช้ถนน (กปถ.) ร่วมกับขนส่งจังหวัด ๗. ติดตามประเมินผล ระดับอำเภอ/จังหวัด ▪ <u>สคร.๑ - ๑๒/สปคม.</u> ๑. ถ่ายทอดตัวชี้วัด แนวทางการดำเนินงาน เป้าหมาย แก่จังหวัดในเขต ๒. พัฒนาศักยภาพฝึกอบรมวิทยากร “วัคซีนจราจร” 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 “วัคซีนจราจร” และ โรงเรียน/สถานศึกษา ทำ “TSY Program” ๓. พัฒนาสื่อสนับสนุน ติดตามทุกไตรมาส และประเมินผลในระดับประเทศ																		

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗		
			ไตรมาส ๑	ไตรมาส ๒	ไตรมาส ๓
	ลดลง ๓%	ร้อยละ	๒๗.๑๖	๔๓.๖๕	๖๕.๙๖
	ค่ามัธยฐาน ๓ ปี		๒๘	๔๕	๖๘
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุไรภรณ์ พิมพทอง ตำแหน่ง: หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗ โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๙-๗๘๒-๒๙๙๖				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	โทรสาร: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗ ต่อ ๑๐๒ Email:meng๒๓๒๐@gmail.com				
	สถานที่ทำงาน: งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝ้อ				
	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 งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนที่	แผนที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๓.๖ ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS >๐.๗๕			
คำนิยาม	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง หมายถึง เป็นการบาดเจ็บที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของสมอง เช่น อ่อนแรง สูญเสียการทรงตัว สับสน มึนงง จำสถานที่ หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ เป็นต้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะมีสาเหตุมาจากมีแรงภายนอกสมองมากระทบนับจาก ICD๑๐ S So๖.๑ – ๐๖.๙ (แฟ้ม IPD + Admission + Person)			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
น้อยกว่าร้อยละ ๕	๐	๐	๐	๐
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการให้บริการด้านประสาทศัลยศาสตร์ โดยดูจากอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย บาดเจ็บที่สมอง(traumatic brain injury) เพื่อแก้ปัญหาให้กับพื้นที่ที่อัตราการเสียชีวิตสูง และนำข้อดี ของโรงพยาบาลที่อัตราการเสียชีวิตต่ำมาเผยแพร่ เป้าหมายหลักคือลดอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางสมองให้ลดลง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่มี PS ≥๐.๗๕จะมีสาเหตุมาจากมีแรงภายนอกสมองมากระทบนับจาก ICD๑๐ S So๖.๑ – ๐๖.๙			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม ๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑-๑๓			
แหล่งข้อมูล	๑. ฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ๒. การรวบรวมและวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ ๑-๑๓			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง (S ๐๖.๑- So๖.๙) ที่เสียชีวิต			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุทางสมอง (S ๐๖.๑- So๖.๙) ทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐			
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาสในปีงบประมาณ			
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS >๐.๗๕				
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
น้อยกว่าร้อยละ ๕		น้อยกว่าร้อยละ ๕	น้อยกว่าร้อยละ ๕	น้อยกว่าร้อยละ ๕

วิธีการประเมินผล	ร้อยละการเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS >๐.๗๕ โดยมีวิธีการประเมิน ดังนี้				
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน
	๑	การเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS >๐.๗๕ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙			๑
	๒	การเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS >๐.๗๕ ร้อยละ ๘			๒
	๓	การเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS >๐.๗๕ ร้อยละ ๗			๓
	๔	การเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS >๐.๗๕ ร้อยละ ๖			๔
	๕	การเสียชีวิตของผู้ป่วยอุบัติเหตุที่มี (Probability of Survival) PS >๐.๗๕ น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕			๕
เอกสารสนับสนุน	๑. ข้อมูลผลการรักษาผู้ป่วยtraumatic brain injury สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ๒. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง (traumatic brain injury mortality)	ร้อยละ	๐	๐	๐
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุไรภรณ์ พิมพ์ทอง		ตำแหน่ง: หัวหน้างานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗		โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๙-๗๘๒-๒๙๙๖		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	โทรสาร: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗ ต่อ ๑๐๒		Email : meng๒๓๒๐@gmail.com		
	สถานที่ทำงาน: งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝ้อ				
ผู้รับผิดชอบการดำเนินงาน	นางสาวอภิญญา ละอองศรี		ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ		
	โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗		โทรศัพท์มือถือ: ๐๙๙-๗๘๒-๒๙๙๖		
	โทรสาร: ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๗ ต่อ ๑๐๒		Email : meng๒๓๒๐@gmail.com		
	สถานที่ทำงาน: งานอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช โรงพยาบาลบ้านฝ้อ				

KPI Template งานกลุ่มการพยาบาล (การพยาบาลผู้คลอด) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PPBP Excellence)				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๓.๗ อัตราเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ				
คำนิยาม	ทารกแรกเกิด หมายถึง ทารกที่คลอดออกมามีน้ำหนัก ≥ 500 กรัม มีชีวิตจนถึง ๒๘ วัน ในโรงพยาบาลบ้านผือ				
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	<๓.๖	<๓	<๒.๕	<๒	<๑.๕
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 500 กรัมที่เกิดมามีชีวิตในโรงพยาบาลบ้านผือ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- เก็บข้อมูลจากทะเบียนรายงานการคลอดของโรงพยาบาล - บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของโรงพยาบาล - รายงานข้อมูลในแบบรายงาน ก ๑, ก ๒ และส่งข้อมูลรายงาน MCH จังหวัดอุดรธานีทาง Google form				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล รายงานการตายทารก ก ๑ และรายงาน ก ๒				
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘ :					
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
อัตราเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ < ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๑๓.๓๓ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๖.๖๗ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๔.๔๔ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	< ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ	
วิธีการประเมินผล	อัตราเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ ประเมินผลได้ดังนี้ รายการข้อมูล ๑ = A = จำนวนทารกที่เสียชีวิต ≤ 28 วัน รายการข้อมูล ๒ = B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $(A/B) \times 1,000$ เป้าหมายตัวชี้วัด : < ๓.๖๐ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ				
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน
	๑	อัตรามากกว่า ๖.๔๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ			๑
	๒	อัตรา ๕.๕๐ - ๖.๔๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ			๒
	๓	อัตรา ๔.๕๐ - ๕.๔๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ			๓
	๔	อัตรา ๓.๖๐ - ๔.๔๙ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ			๔
	๕	อัตราน้อยกว่า ๓.๖ ต่อ ๑,๐๐๐ ทารกแรกเกิดมีชีพ			๕

เอกสารสนับสนุน:	รายงาน ก ๑, ก ๒ ,รายงานตัวชี้วัด MCH				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	อัตราเสียชีวิตทารกแรกเกิดอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ ๒๘ วันต่อ ๑,๐๐๐ การเกิดมีชีพ	อัตราต่อทารกแรกเกิดมีชีพ ๑,๐๐๐ ราย	๑.๓๔	๑.๔๘	๐
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อนางสาวสุกัญญา สกุล ศรีผา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒๐๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๐๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙๗๑๔๓๑๖๙				

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)				
แผน	แผนงานการพัฒนาธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด ๔ ระดับความสำเร็จของการพัฒนา HA&DHSA				
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร หมายถึง การดำเนินการเพื่อพัฒนาระบบงานภายในขององค์กรอย่างเป็นระบบและทั่วทั้งองค์กรโดยใช้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการองค์กร กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกลไกประเมินเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ระดับความสำเร็จของการพัฒนา HA หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ผ่านมาตรฐานการรับรอง HA หรือ อํารงรักษา (HA Hospital Accreditation) ระดับความสำเร็จของการพัฒนา DHSA หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ผ่านมาตรฐานการรับรอง DHSA หรือ อํารงรักษา(DHSA Accreditation)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
อํารงรักษา (Scoring ≥ ๓.๕)		ผ่าน Re-accredit ๔ (Scoring ≥ ๓.๕)	อํารงรักษา (Scoring ≥ ๓.๕)	อํารงรักษา (Scoring ≥ ๓.๕)	ผ่าน Re-accredit ๔ (Scoring ≥ ๔)
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อพัฒนาระบบงานภายในขององค์กรอย่างเป็นระบบและทั่วทั้งองค์กรโดยใช้เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการองค์กร ๒. เพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนา ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. โรงพยาบาลบ้านผือ ๒. รพ.สต. ๒๐ แห่ง ๓. PCU ๑ แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.)				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๑๒ เดือน				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๑๒ เดือน			
ระดับความสำเร็จของการพัฒนา HA		ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์กำหนด			

วิธีการประเมินผล	กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงาน ตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้ สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : สูตรแนวทางการให้คะแนนเพื่อประเมินตนเองตามมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA) สำหรับโรงพยาบาลและผู้เยี่ยมสำรวจ scoring= (คะแนนที่ได้ (๙๗ข้อ) x ๑๐๐)/๔๘๕ เป้าหมาย : Scoring ≥ ๓.๕ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๑</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๒</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๓</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๔</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๕</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๑	๑	๒	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๒	๒	๓	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๓	๓	๔	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๔	๔	๕	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๕	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																	
๑	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๑	๑																	
๒	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๒	๒																	
๓	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๓	๓																	
๔	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๔	๔																	
๕	ผ่านการประเมินรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (สรพ.) ตามเกณฑ์ score ๕	๕																	
เอกสารสนับสนุน :	๑. มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) ฉบับที่ ๕ ๒. มาตรฐานการรับรองเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHSA)																		
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>ระดับความสำเร็จของการพัฒนา HA&DHSA</td><td>Scoring</td><td>NA</td><td>NA</td><td>๒.๕</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ระดับความสำเร็จของการพัฒนา HA&DHSA	Scoring	NA	NA	๒.๕					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗															
ระดับความสำเร็จของการพัฒนา HA&DHSA	Scoring	NA	NA	๒.๕															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางสุลิพร แดนสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : -																		

KPI Template งานกลุ่มการพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘														
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)													
แผน	แผนงาน การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ													
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ													
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ													
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๕. อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม)													
คำนิยาม	การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial Infection) หมายถึง การติดเชื้อที่เกิดจากการได้รับเชื้อขณะที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจและรักษาพยาบาล ภายหลังรับผู้ป่วยไว้ ๔๘ ชั่วโมง หรือการติดเชื้อของบุคลากรที่เกิดจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) หมายถึง อัตราการติดเชื้อที่เกิดในโรงพยาบาล ดังนี้ ๑. การติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะ (Ca-UTI) หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งเกิดขึ้นหลังจาก ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการสวนคาสายปัสสาวะมากกว่า ๒ วันปฏิทิน (วันแรกที่คาสายสวนปัสสาวะนับเป็นวันที่ ๑ ปฏิทิน) และ ณ วันแรกที่เกิดการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (date of event) หรือ ๑ วันก่อน date of event จะต้องยังมีการคาสายสวนปัสสาวะอยู่ ๒. ปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAP) หมายถึง การอักเสบของเนื้อปอดที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อจุลชีพเกิดภายหลัง ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลแล้ว ๔๘ ชั่วโมง และขณะที่เข้ารับการรักษามือผู้ป่วยไม่มีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ และไม่อยู่ในระยะพักตัวของเชื้อปอดอักเสบจากการติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial pneumonia) ๓. การติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (VAP) หมายถึง การอักเสบของปอดที่เกิดจากการติดเชื้อจุลชีพจนเกิดพยาธิสภาพภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจนานมากกว่า ๔๘ ชั่วโมงและหลังจากหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจ ๗๒ ชั่วโมง ๔. การติดเชื้อหลังการผ่าตัด (SSI) หมายถึง การติดเชื้อต้องเกิดขึ้นภายใน ๓๐ วัน หรือภายใน ๙๐ วัน หลังการผ่าตัด (นับวันผ่าตัดเป็นวันที่ ๑) ตามตำแหน่งการผ่าตัด มีลักษณะครบตามเกณฑ์ คือมีอาการและอาการแสดง ปวด บวม แดง ร้อน มีหนองในตำแหน่งผ่าตัด หรือแผลแยก													
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม)														
<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>ไม่เกินร้อยละ ๒.๒๕</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๒.๒๕</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๐</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๐</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๐</td></tr></table>					ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	ไม่เกินร้อยละ ๒.๒๕	ไม่เกินร้อยละ ๒.๒๕	ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๐	ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๐	ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๐
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒										
ไม่เกินร้อยละ ๒.๒๕	ไม่เกินร้อยละ ๒.๒๕	ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๐	ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๐	ไม่เกินร้อยละ ๒.๐๐										
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในภาพรวมโรงพยาบาล													
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยได้รับการตรวจและรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ภายหลัง ๔๘ ชั่วโมง													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สรุปรายงานประจำเดือน ๒. เวชระเบียนของผู้ป่วยใน													
แหล่งข้อมูล	๑. จากแบบฟอร์มเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล ๒. เก็บในผู้ป่วยทุกรายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงตามมาตรฐานงาน													

	ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (เป้าหมาย รพ. CA-UTI ,HAP ,VAP,SSI ฯลฯ)																						
ระยะเวลา ประเมินผล	รายเดือน และ รายปี																						
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘																							
เกณฑ์ประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																		
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม)		ไม่เกินร้อยละ ๓.๒	ไม่เกินร้อยละ ๓.๑	ไม่เกินร้อยละ ๒.๕	ไม่เกินร้อยละ ๒.๒๕																		
วิธีการประเมินผล	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนครั้งของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (โดยเก็บข้อมูล Ca-UTI,HAP,VAP,SSI) รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนวันนอนรวมของผู้ป่วยในทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐๐ ค่าเป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๒.๒๕ เกณฑ์การให้คะแนน มีดังนี้ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓.๒๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) ร้อยละ ๓.๐๐</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) ร้อยละ ๒.๗๕</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) ร้อยละ ๒.๕๐</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒.๒๕</td><td>๕</td></tr></table>					ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓.๒๕	๑	๒	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) ร้อยละ ๓.๐๐	๒	๓	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) ร้อยละ ๒.๗๕	๓	๔	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) ร้อยละ ๒.๕๐	๔	๕	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒.๒๕	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																					
๑	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๓.๒๕	๑																					
๒	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) ร้อยละ ๓.๐๐	๒																					
๓	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) ร้อยละ ๒.๗๕	๓																					
๔	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) ร้อยละ ๒.๕๐	๔																					
๕	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม) น้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๒.๒๕	๕																					
เอกสารสนับสนุน:	๑. อະເຮົາ ອຸນເລກະ. (๒๕๕๖). ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: โรงพิมพ์เมือง. ๒. ขมรมป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. (๒๕๕๙).แนวปฏิบัติการจัดการโรคติดต่อ บุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนา.																						
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data(ปี๒๕๖๗)</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>อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม)</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>					Baseline data(ปี๒๕๖๗)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม)	ร้อยละ	NA	NA	NA					
Baseline data(ปี๒๕๖๗)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																			
อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล (ภาพรวม)	ร้อยละ	NA	NA	NA																			
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาวรศินา สีจันทิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๗ ต่อ ๑๒๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๑๔๙๖๑๔๒																						

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผน	แผนงานการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ				
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด ๖ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด				
คำนิยาม	ความเสี่ยง (Risk) หมายถึง ความไม่แน่นอน (Uncertain) ที่อาจจะส่งผลกระทบต่อวัตถุประสงค์เป้าหมาย โดยผลกระทบดังกล่าวทำให้การดำเนินงานเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายหรือความคาดหวังโดยอาจวัดระดับความรุนแรงของความเสี่ยงได้จากผลกระทบของเหตุการณ์และโอกาสที่จะเกิด การบริหารความเสี่ยง คือ กระบวนการระบุหาความเสี่ยงที่สำคัญขององค์กร ประเมินผลกระทบของความเสี่ยง พัฒนาแนวทางการจัดการกับความเสี่ยงและนำไปปฏิบัติอย่างเป็นระบบ โดยมีการบูรณาการ และเน้นความสอดคล้องระหว่างกลยุทธ์ บุคลากร กระบวนการและเทคโนโลยี เพื่อเพิ่มคุณค่าสูงสุดให้กับองค์กร ตลอดจนเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการระบุและควบคุมความเสี่ยง ซึ่งมีผลกระทบต่อการบรรลุพันธกิจและเป้าประสงค์ขององค์กร การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) หมายถึง กระบวนการระบุความเสี่ยงและการวิเคราะห์เพื่อจัดลำดับความเสี่ยงที่จะมีผลกระทบต่อการบรรลุเป้าประสงค์ขององค์กรโดยการประเมินจาก ๑. โอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์(Likelihood) หมายถึง ความถี่หรือโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยง ๒. ผลกระทบ (Impact) หมายถึง ขนาดของความรุนแรงความเสียหายที่เกิดขึ้น ๓. ระดับของความเสี่ยง (Degree of Risk) หมายถึง สถานะของความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินโอกาสและผลกระทบของแต่ละปัจจัยเสี่ยง แบ่งเป็น ๕ ระดับ คือ สูงมาก สูง ปานกลาง น้อย และน้อยมาก การจัดการความเสี่ยง หมายถึง แนวทางในการลดโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ความเสี่ยงหรือลดผลกระทบความเสียหายจากเหตุการณ์ความเสี่ยงให้อยู่ในระดับที่องค์กรยอมรับได้ (Risk Tolerance) การจัดการความเสี่ยงรุนแรง ระดับ E ขึ้นไป หมายถึง เหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับที่ส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อเป้าหมายขององค์กร ซึ่งอาจรวมถึงผลกระทบด้านการเงิน, การดำเนินงาน, ชื่อเสียง, กฎหมาย, หรือความปลอดภัย อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : คือ เหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด ซึ่งมีศักยภาพที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุ การบาดเจ็บ หรือความเสียหาย แต่เหตุการณ์นั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง อาจเป็นเพราะโชคช่วย การแก้ไขสถานการณ์ได้ทันท่วงที หรือปัจจัยอื่นๆ				
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙		ปีงบประมาณ ๗๐	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕	
ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕		ระดับที่ ๕</	

	● การตัดสินใจที่ดีขึ้น : เพื่อให้ผู้บริหารมีข้อมูลที่เพียงพอในการตัดสินใจเกี่ยวกับกลยุทธ์ การดำเนินงาน และการจัดสรรทรัพยากร โดยคำนึงถึงความเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านผือ - หน่วยงานทั้งหมดในโรงพยาบาลบ้านผือ จำนวน ๓๓ หน่วยงาน										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานความเสี่ยงในระบบ NRLS										
แหล่งข้อมูล	๑. ระบบรายงานอุบัติการณ์ (Incident Reporting System) ๒. บันทึกทางการแพทย์และเวชระเบียนผู้ป่วย (Patient Medical Records) ๓. การประชุมและรายงานต่างๆ การประชุมทีม : การหารือในทีมสหวิชาชีพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย อาจมีการระบุความเสี่ยงและแนวทางแก้ไข รายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงาน : รายงานที่แสดงตัวชี้วัดต่างๆ อาจบ่งชี้ถึงความเสี่ยงในบางพื้นที่ เช่น อัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน รายงานการสอบสวนอุบัติการณ์ : รายงานผลการวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ รายงานการประชุมคณะกรรมการต่างๆ : เช่น คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง คณะกรรมการคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งมีการหารือและรายงานเกี่ยวกับความเสี่ยง ๔. ข้อมูลจากผู้ป่วยและญาติ : ข้อร้องเรียน (Complaints) : ข้อร้องเรียนจากผู้ป่วยและญาติสามารถบ่งชี้ถึงปัญหาและประเด็นความเสี่ยงในการบริการ แบบสำรวจความพึงพอใจของผู้ป่วย : ข้อมูลจากแบบสำรวจอาจเผยให้เห็นจุดอ่อนและ areas ที่มีความเสี่ยง การให้ข้อเสนอแนะ (Feedback): การรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ป่วยและญาติ										
ระยะเวลาประเมินผล	๑) ไตรมาสที่ ๖ และ ไตรมาสที่ ๑๒ ๒) รายปี										
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘											
<table><tr><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr><tr><td>ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>-</td><td>ระดับที่ ๓</td><td>-</td><td>ระดับที่ ๕</td></tr></table>		เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	ระดับที่ ๓	-	ระดับที่ ๕
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน							
ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด	-	ระดับที่ ๓	-	ระดับที่ ๕							
วิธีการประเมินผล	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานบริหารความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด										
	เป้าหมาย : ระดับ ๕										

ระดับ	เกณฑ์การประเมิน
ระดับที่ ๑	หน่วยงานมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ข้อ) เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐ (น้อยกว่า ๒๐ หน่วยงาน) โดยมีเกณฑ์ในการประเมินทั้งหมด ๓ ข้อ ดังนี้ ๑) หน่วยงานสามารถรายงานความเสี่ยง (๒ เรื่อง/คน/๖ เดือน) ๒) จำนวนความเสี่ยงระดับ E ที่ได้รับการจัดการทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริง RCA ภายใน ๓ วันและได้แนวทาง/หรือมาตรการใหม่เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรงแบบเดิมซ้ำ ๓) อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : miss (๔๐:๖๐)
ระดับที่ ๒	หน่วยงานมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ข้อ) เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๐.๐๐ – ๖๙.๙๙ (๒๐ – ๒๒ หน่วยงาน) โดยมีเกณฑ์ในการประเมินทั้งหมด ๓ ข้อ ดังนี้ ๑) หน่วยงานสามารถรายงานความเสี่ยง (๒ เรื่อง/คน/๖ เดือน) ๒) จำนวนความเสี่ยงระดับ E ที่ได้รับการจัดการทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริง RCA ภายใน ๓ วันและได้แนวทาง/หรือมาตรการใหม่เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรงแบบเดิมซ้ำ ๓) อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : miss (๔๐:๖๐)
ระดับที่ ๓	หน่วยงานมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ข้อ) เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๐.๐๐ – ๗๙.๙๙ (๒๓ – ๒๖ หน่วยงาน) โดยมีเกณฑ์ในการประเมินทั้งหมด ๓ ข้อ ดังนี้ ๑) หน่วยงานสามารถรายงานความเสี่ยง (๒ เรื่อง/คน/๖ เดือน) ๒) จำนวนความเสี่ยงระดับ E ที่ได้รับการจัดการทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริง RCA ภายใน ๓ วันและได้แนวทาง/หรือมาตรการใหม่เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรงแบบเดิมซ้ำ ๓) อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : miss (๔๐:๖๐)
ระดับที่ ๔	หน่วยงานมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ข้อ) เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐.๐๐ – ๘๙.๙๙ (๒๗ - ๒๙ หน่วยงาน) โดยมีเกณฑ์ในการประเมินทั้งหมด ๓ ข้อ ดังนี้ ๑) หน่วยงานสามารถรายงานความเสี่ยง (๒ เรื่อง/คน/๖ เดือน) ๒) จำนวนความเสี่ยงระดับ E ที่ได้รับการจัดการทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริง RCA ภายใน ๓ วันและได้แนวทาง/หรือมาตรการใหม่เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรงแบบเดิมซ้ำ ๓) อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : miss (๔๐:๖๐)
ระดับที่ ๕	หน่วยงานมีการดำเนินงานบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด (ผ่านเกณฑ์ทั้ง ๓ ข้อ) เป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป (๓๐ หน่วยงาน ขึ้นไป) โดยมีเกณฑ์ในการประเมินทั้งหมด ๓ ข้อ ดังนี้ ๑) หน่วยงานสามารถรายงานความเสี่ยง (๒ เรื่อง/คน/๖ เดือน)

	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน			
		๒) จำนวนความเสี่ยงระดับ E ที่ได้รับการจัดการทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริง RCA ภายใน ๓ วันและได้แนวทาง/หรือมาตรการใหม่เพื่อป้องกันการเกิดความเสี่ยงระดับรุนแรงแบบเดิมซ้ำ ๓) อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : miss (๔๐:๖๐) ๔) มีการถอดบทเรียน (Lesson learned) และสื่อสารองค์กร			
เอกสารสนับสนุน :	๔) คู่มือการบริหารจัดการความเสี่ยง กรมอนามัย ๕) คู่มือการบริหารความเสี่ยง กระทรวงสาธารณสุข ๖) คู่มือจัดทำแผนบริหารความเสี่ยงยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	จำนวนหน่วยงานที่ดำเนินการจัดการความเสี่ยง ตามเกณฑ์ที่กำหนด	หน่วยงาน	๒๐	๒๓	๓๐
	หน่วยงานสามารถรายงานความเสี่ยง (๒ เรื่อง/คน/๖ เดือน)	หน่วยงาน	๑๘	๒๐	๒๕
	การจัดการความเสี่ยงรุนแรงระดับ E ขึ้นไป (สามารถรายงานในเวลาที่กำหนดและ RCA ในเวลาที่กำหนด)	ร้อยละ	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
	อัตราการเกิดความเสี่ยง ระดับ Near miss : miss (๔๐:๖๐)	สัดส่วนการเกิดความเสี่ยง	๓๐:๗๐	๓๐:๗๐	๔๐:๖๐
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. นางอุไรภรณ์ พิมพ์ทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๐๒๘ ต่อ ๑๑๐ โทรศัพท์มือถือ : -				

KPI Template งานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	PP&P Excellence ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ			
แผน	แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๗.ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU hospital)			
คำนิยาม	๑. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ ทักษะคติและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุดทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้นยาในการดูแลสุขภาพตนเองตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง ๒. ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพรตาม กฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยารวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา ครอบคลุมยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
	๘๐	๘๐	๘๕	๘๕
				๙๐
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาล และ PCU			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย โรคติดเชื้อ ๔ โรค และประชากรกลุ่มเสี่ยง คือ CKD ผู้สูงอายุ เด็ก สตรีตั้งครรภ์และ DM			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข http://hdcservice.moph.go.th			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส และคำนวณตามเกณฑ์เป้าหมาย เมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ			
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘ :				
	เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน
	ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU hospital)	๘๐	๘๐	๘๐
				๘๐
วิธีการประเมินผล	๑. ตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU hospital) จำนวน ๑๒ ตัว ๒. ตัวชี้วัดผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด			

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	เป้าหมาย	คะแนน
๑	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่ระบบการหายใจช่วงบนและหลอดลมอักเสบเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (RI)	≤ร้อยละ ๒๐	๑
๒	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยนอก ระดับโรงพยาบาล (AD)	≤ร้อยละ ๒๐	๑
๓	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในบาดแผลสดจากอุบัติเหตุ ระดับโรงพยาบาล (FTW)	≤ร้อยละ ๔๐	๑
๔	ร้อยละการใช้ยาปฏิชีวนะในหญิงคลอดปกติครบกำหนดทางช่องคลอด ระดับโรงพยาบาล (APL)	≤ร้อยละ ๑๐	๑
๕	ร้อยละของผู้ป่วยความดันสูง (Essential hypertension) ที่ใช้ RAS blockade (ACEI/ ARB/ Renin inhibitor) ๒ ชนิด ร่วมกันในการรักษาภาวะความดันเลือดสูง	๐	๑
๖	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคเบาหวานที่ใช้ยา metformin เป็นยาชนิดเดียวหรือร่วมกับยาอื่นเพื่อควบคุมระดับน้ำตาล โดยไม่มีข้อห้ามใช้	≥ร้อยละ ๘๐	๑
๗	ร้อยละของผู้ป่วยที่มีการใช้ยาในกลุ่ม NSAIDs ซ้ำซ้อน	≤ร้อยละ ๕	๑
๘	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคไตเรื้อรังระดับ ๓ ขึ้นไปที่ได้รับยา NSAIDs	≤ร้อยละ ๑๐	๑
๙	ร้อยละของผู้ป่วยนอกโรคหืดที่ได้รับยา inhaled corticosteroid	≥ร้อยละ ๘๐	๑
๑๐	ร้อยละผู้ป่วยนอกสูงอายุที่ใช้ยาในกลุ่ม long-acting benzodiazepine ได้แก่ chlordiazepoxide, diazepam, dipotassium chlorazepate	≤ร้อยละ ๕	๑
๑๑	จำนวนสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับยาที่ห้ามใช้ ได้แก่ยา Warfarin หรือ Statins หรือ Ergots เมื่อรู้ตัวตั้งครรภ์แล้ว	๐	๑
๑๒	ร้อยละครั้งบริการ (visit) ผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจ และได้รับยาด้านฮิสตามีนชนิด non-sedating	≤ร้อยละ ๒๐	๑
รวม			๑๒

สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด

A = จำนวน ตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่ผ่านเกณฑ์แต่ละข้อ

B = จำนวนตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล (RDU hospital) ทั้งหมด ๑๒ ตัวชี้วัด

สูตรในการคำนวณตัวชี้วัด (A/B) X๑๐๐

เกณฑ์เป้าหมาย มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

เอกสารสนับสนุน:	๑. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กองบริหารการสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/Manual_Service%20Plan%20RDU_Sept๒๐๑๖.pdf) แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/index/detail/๘๓๐๒)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในโรงพยาบาล	ร้อยละ	๘๓.๓๓	๘๓.๓๓	๗๕
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลบ้านฝื่อ ๑. นางพ้องพรรณ แมนเมือง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ ๒. นางปัทมา พัฒนขจร เภสัชกรชำนาญการ โทร : ๐๔๒ ๒๘๑ ๐๒๗ ต่อ ๑๑๒				

KPI Template งานผู้ป่วยนอก ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการ	-			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๘. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๘.๑ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก			
คำนิยาม	ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกของประชาชนที่มีต่อการให้บริการของโรงพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอก ในด้านขั้นตอนการให้บริการ ด้านเจ้าหน้าที่ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านคุณภาพบริการ ผู้ป่วยนอก หมายถึง ประชาชนผู้ที่มาใช้บริการรักษาพยาบาลโดยลงทะเบียนรักษาและได้รับการตรวจวินิจฉัยรวมทั้งรับการรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลโดยมิได้พักค้างคืน ผู้มารับบริการ หมายถึง ผู้ที่มารับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านผือ การให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง การให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ซึ่งครอบคลุมในด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และฟื้นฟูสภาพ ในส่วนของกิจกรรมการให้บริการผู้ป่วยนั้น เน้นการอำนวยความสะดวก การต้อนรับ การคัดกรอง การจัดลำดับ/คิวเข้าตรวจ การป้องกันอันตรายขณะรอตรวจ การตรวจโรคทั่วไปหรือโรคเฉพาะทาง การส่งผู้ป่วยฉุกเฉินไปห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัดเล็ก ห้องฉีดยา ห้องทำแผล การให้ข้อมูลกับผู้ป่วยมารับบริการ และญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพเพื่อให้ผู้รับบริการทราบวิธีการปฏิบัติต่อตนเองได้อย่างต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน ตลอดจนการส่งผู้รับบริการปรึกษาระหว่างแผนก และส่งต่อผู้รับบริการไปรักษาพยาบาลยังหน่วยงานอื่น กระบวนการปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ๘ กระบวนการหลัก ได้แก่ ๑. กระบวนการคัดกรอง คัดแยก ๒. กระบวนการเวชระเบียน ๓. กระบวนการตรวจสอบสิทธิ ๔. กระบวนการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ๕. กระบวนการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจทางรังสีวินิจฉัย ๖. กระบวนการชำระเงิน ๗. กระบวนการรอรับยาและรับคำแนะนำการใช้ยา ๘. กระบวนการจำหน่าย (กลับบ้าน ส่งคลินิกอื่น การส่งต่อ การรับเป็นผู้ป่วยใน เสียชีวิต และไม่สมัครอยู่รับการรักษา)			
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๘๖	๘๘	๙๐	๙๒	๙๕
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อวัดคุณภาพการให้บริการของแผนกผู้ป่วยนอก. ๒. เพื่อประเมินความสามารถของโรงพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย. ๓. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น. ๔. เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล			

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านฝื่อ													
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๕ ของจำนวนผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อวัน ๒. แจกแบบสอบถามให้ผู้รับบริการที่อ่านออกเขียนได้ หรือสัมภาษณ์กรณีอ่านเขียนไม่ได้ ยกเว้นในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธการตอบหรือ ให้ผู้รับบริการแสดกน คิวอาร์โค้ด ทำแบบสอบถาม ๓. ทำการเก็บแบบสอบถามทุกวันจนครบระยะเวลาที่กำหนด (ประมาณ ๖ เดือน) ๔. นำแบบสอบถามมาแจกนับคะแนนให้ผู้รับบริการประเมิน ๕. หาผลรวมของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนเต็มของแบบสอบถาม ๖. คำนวณอัตราส่วนร้อยละของความพึงพอใจ													
แหล่งข้อมูล	เก็บแบบสอบถามความพึงพอใจจากผู้รับบริการผู้ป่วยนอก และแปรผลทุก ๖ เดือน													
รายการข้อมูล	A ผลรวมคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด													
รายการข้อมูล	B ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B x ๑๐๐													
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาสที่ ๒ และ 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>ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก</td><td>-</td><td>ร้อยละ ๘๖</td><td>-</td><td>ร้อยละ ๘๖</td></tr></table>					เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	-	ร้อยละ ๘๖	-	ร้อยละ ๘๖
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน										
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	-	ร้อยละ ๘๖	-	ร้อยละ ๘๖										
วิธีการประเมินผล :	ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก													
	มีค่าน้ำหนัก เท่ากับ ๑ คะแนน โดยมีวิธีการประเมิน ดังนี้													
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน		คะแนน										
	๑	ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก น้อยกว่า ร้อยละ ๗๐		๑										
	๒	ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ ๗๐.๐๐ – ๗๔.๙๙		๒										
	๓	ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ ๗๕.๐๐ -๗๙.๙๙		๓										
	๔	ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ ๘๐.๐๐ – ๘๔.๙๙		๔										
๕	ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก ร้อยละ ๘๕ ขึ้นไป		๕											
เอกสารสนับสนุน :	๑. มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สำนักการพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่ ๒ พ.ศ.๒๕๕๑) ๒. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับผู้ป่วยนอก กระทรวงสาธารณสุข													

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก	ร้อยละ	๙๗.๕	๙๐.๒	๘๔
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ – สกุล นางสาวศศิธร ประทุมชาติ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๘ ต่อ ๑๖๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๔๒๒๒๑๔๕ ชื่อ – สกุล นางศรัณญา ศักดิ์อุดมกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๘ ต่อ ๑๖๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๓-๔๑๗๖๒๗๕				

KPI Template งานผู้ป่วยใน ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการ	-			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๘. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๘.๒ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน			
คำนิยาม	ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน หมายถึง ระดับความรู้สึกพอใจของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการที่มีต่อคุณภาพการให้บริการ สิ่งแวดล้อม ความสะอาด ความสะดวกสบาย การดูแลรักษา และการปฏิบัติงานของบุคลากรภายในหอผู้ป่วยผู้ป่วยใน ซึ่งแสดงถึงการตอบสนองต่อความคาดหวังและความต้องการของผู้รับบริการในระหว่างการเข้าพักรักษาตัว			
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๙๐	๙๐	๙๒	๙๔	๙๖
วัตถุประสงค์	เพื่อทราบความรู้สึกของของผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการต่อการบริการในแผนกผู้ป่วยใน ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพการดูแลรักษา และพัฒนาการบริการให้ดีขึ้น ตรงกับความต้องการของผู้มารับบริการมากที่สุด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยในแต่ละแผนก ได้แก่ หอผู้ป่วยในชาย หอผู้ป่วยในหญิง หอผู้ป่วยใน ICU หอผู้ป่วยในพิเศษ และหอผู้ป่วยตึกศัลยกรรม ที่มารับบริการในโรงพยาบาลบ้านผือ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. เก็บข้อมูลในผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยใน ๒ ครั้ง/ปี ในเดือนมีนาคม และเดือนกันยายน ของทุกปี ๒. แบบสอบถาม (Questionnaire/Survey) - แบบกระดาษ: แจกให้ผู้ป่วยหรือญาติกรอกก่อนกลับบ้าน - แบบออนไลน์: ใช้ Google Forms หรือ SurveyMonkey ส่งลิงก์ให้ทาง SMS หรือ QR Code - แบบประเมินด้วยแท็บเล็ต/คอมพิวเตอร์: ให้ผู้รับบริการกรอกในจุดบริการ ๓. สัมภาษณ์ (Interview) - สัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง: ใช้แบบฟอร์มถามคำถามตามลำดับที่กำหนด - สัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง: เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมได้ - โดยอาจใช้เจ้าหน้าที่สัมภาษณ์หรืออาสาสมัคร ๔. กล่องรับความคิดเห็น (Suggestion Box) - ตั้งในจุดต่าง ๆ ของตึกผู้ป่วย เช่น ให้น้ำลิฟต์ ห้องพักรผู้ป่วย จุดชำระเงิน ฯลฯ ๕. โทรศัพท์ติดตามผลหลังการกลับบ้าน - เจ้าหน้าที่โทรสอบถามความพึงพอใจหลังจากผู้ป่วยกลับบ้านไปแล้ว ๖. สื่อสังคมออนไลน์ / ช่องทางดิจิทัล - รับฟังความเห็นจากเพจโรงพยาบาล Line Official หรือแอปพลิเคชันของโรงพยาบาล			
แหล่งข้อมูล	แบบสอบถามความพึงพอใจจากผู้มารับบริการผู้ป่วยใน (IP voice) ของกองการพยาบาล			
รายการข้อมูล	A ผลรวมคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด			

รายการข้อมูล	B ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม																						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B x ๑๐๐																						
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔ / ปีงบประมาณ ๒๕๖๘																						
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘																							
<table><tr><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr><tr><td>ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยการให้คะแนนเชิงปริมาณ โดยคำนวณเป็นร้อยละจากแบบสอบถาม</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๘๐</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๘๐</td></tr></table>						เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยการให้คะแนนเชิงปริมาณ โดยคำนวณเป็นร้อยละจากแบบสอบถาม	-	≥ ร้อยละ ๘๐	-	≥ ร้อยละ ๘๐								
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																			
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดยการให้คะแนนเชิงปริมาณ โดยคำนวณเป็นร้อยละจากแบบสอบถาม	-	≥ ร้อยละ ๘๐	-	≥ ร้อยละ ๘๐																			
วิธีการประเมินผล	ความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน มีค่าน้ำหนัก เท่ากับ ๑ คะแนน โดยมีวิธีการประเมิน ดังนี้ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๖</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๗</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๘</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐</td><td>๕</td></tr></table>					ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๕	๑	๒	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๖	๒	๓	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๗	๓	๔	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๘	๔	๕	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																					
๑	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๕	๑																					
๒	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๖	๒																					
๓	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๗	๓																					
๔	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน ร้อยละ ๘๘	๔																					
๕	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐	๕																					
เอกสารสนับสนุน :	๑.มาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยนอก สำนักการพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่๒ พ.ศ.๒๕๕๑) ๒. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับผู้ป่วยใน (OP VOICE) กองการพยาบาล																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																		
	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการผู้ป่วยใน	ร้อยละ	๘๗.๕	๘๐.๒	๘๘.๑๔																		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑) ชื่อ – สกุล นางประภาพร แสงชมพู ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๖๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๖๓๘๓๑๑ ๒) ชื่อ – สกุล นางสาวสุกัญญา ศรีผา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๐๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๗๑๔๓๑๖๙ ๓) ชื่อ – สกุล นางพัชรี ฤทธิศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๕ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๑๓๒๖๐๒																						

	๔) ชื่อ – สกุล นางสาวกุลธิดา เจริญสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๒๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๔-๙๕๒๕๓๒๙ ๕) ชื่อ – สกุล นางสาวอัจฉราพรรณ ทองทิพย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๙๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒-๑๒๗๔๔๑๘ ๖) ชื่อ – สกุล นางสาวอันธิกา สุทธิแพทย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๑๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๑-๐๙๘๕๕๖๖
--	--

KPI Template งานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	-				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๘.ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ ๘.๓ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน				
คำนิยาม	การวัดความพึงพอใจ หมายถึง การวัดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของการให้บริการ ๑. ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ ๒. ด้านความเชื่อถือไว้วางใจได้ ๓. ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ ๔. ด้านการให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ ๕. ด้านความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจใน ผู้รับบริการ ผู้รับบริการในชุมชน หมายถึง ผู้รับบริการจากทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลบ้านผือ				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๘๖		๘๖	๙๐	๙๕	๙๕
วัตถุประสงค์	๑.เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพยาบาลจากความคิดเห็นของผู้มารับบริการในชุมชน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑.ผู้รับบริการด้านสุขภาพของโรงพยาบาลบ้านผือ ในพื้นที่อำเภอบ้านผือ ทุกตำบล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สุ่มตัวอย่าง ร้อยละ ๑๐ ของจำนวนผู้รับบริการในชุมชนเฉลี่ยต่อเดือน ๒. แจกแบบสอบถามให้ผู้รับบริการที่อ่านออกเขียนได้ หรือสัมภาษณ์กรณีอ่านเขียนไม่ได้ ยกเว้นในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธการตอบหรือ ให้ผู้รับบริการแสดกน คิวอาร์โค้ด ทำแบบสอบถาม ๓. ทำการเก็บแบบสอบถามทุกวัน จนครบระยะเวลาที่กำหนด (ประมาณ ๖ เดือน) ๔. นำแบบสอบถามมาเจแน้นคะแนนที่ผู้รับบริการประเมิน ๕. หาผลรวมของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนเต็มของแบบสอบถาม ๖. คำนวณอัตราส่วนร้อยละของความพึงพอใจ				
แหล่งข้อมูล	แบบสอบถามความพึงพอใจจากผู้รับบริการในชุมชน และแปรผลทุก ๖ เดือน				
รายการข้อมูลที่ ๑	A = ผลรวมคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด				
รายการข้อมูลที่ ๒	B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B x ๑๐๐				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๒ และ ๔				

เกณฑ์การประเมินปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชนโดยการให้คะแนนเชิงปริมาณ คำนวณเป็นร้อยละจากแบบสอบถาม		-	ร้อยละ ๘๖	-	ร้อยละ ๘๖

วิธีการประเมินผล:	๘.๓ ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน มีค่าน้ำหนัก เท่ากับ ๑ คะแนน โดยมีวิธีการประเมิน ดังนี้ A = ผลรวมคะแนนที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด B = ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A/B x ๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๖		
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
	๑	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน น้อยกว่าร้อยละ ๗๐	๑
	๒	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน ร้อยละ ๗๐.๐๐ – ๗๔.๙๙	๒
	๓	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙	๓
	๔	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน ร้อยละ ๘๐.๐๐ – ๘๔.๙๙	๔
	๕	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน ร้อยละ ร้อยละ ๘๖ ขึ้นไป	๕

เอกสารสนับสนุน :	๑.มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน สำนักการพยาบาล (ปรับปรุงครั้งที่๒ พ.ศ.๒๕๕๑) ๒. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการสำหรับผู้รับบริการพยาบาลในชุมชน กองการพยาบาล		
------------------	--	--	--

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณพ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน	ร้อยละ	๙๓.๕๕	๙๑.๖	๘๔.๕

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ – สกุล นางนันทพร บุญธรรม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๘ ต่อ ๑๑๖ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๙-๔๒๒๒๔๕
--	---

เป้าประสงค์ที่ 2

ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษายาบาลตาม service plan
ในโรคที่ซับซ้อนและบริการทันตกรรมเฉพาะทาง



KPI Template งานคลินิกเฉพาะทาง ปิงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)			
แผนงาน	แผนที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสุขภาพ (Service Plan)			
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ๕ สาขาหลัก			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๙. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน			
คำนิยาม	ต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วย มีระดับสายตา (VA) แย่กว่า ๒๐/๒๐๐			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
	≥ ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕
				ร้อยละ ๑๐๐
วัตถุประสงค์	- เพื่อให้ผู้ป่วยตาต้อกระจกในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีรายได้น้อยที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูลได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แก้วตาเทียมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น - เพื่อลดอัตราตาบอดในกลุ่มผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ - เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดต้อเนื้อในรายที่มีความรุนแรง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการตรวจวินิจฉัย โดยทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. จัดเก็บข้อมูลการคัดกรองต้อกระจกจากโปรแกรม Vision ๒๐๒๐ Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด ๒. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision๒๐๒๐ Thailand			
รายการข้อมูล ๑.๑	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน ๓๐ วัน			
รายการข้อมูล ๑.๒	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘			
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :				
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	≥ ร้อยละ ๕๕	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๘๕

วิธีการประเมินผล	๙. ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน โดยมีวิธีการประเมินผ่านระบบ Vision๒๐๒๐ Thailand มีรายละเอียด ดังนี้					
	เกณฑ์การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนนปี ๒๕๖๘				
		๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน (เป้าหมาย ร้อยละ ๘๕)	ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๗.๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๒.๕	ร้อยละ ๘๕
เอกสารสนับสนุน	คู่มือการใช้งานโปรแกรม Vision๒๐๒๐ Thailand					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน	ร้อยละ	NA	NA	NA	๓๕.๗๕
	ข้อมูลจากโปรแกรม Vision๒๐๒๐ Thailand					
ตัวชี้วัด	๙.๑ ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น (Low Vision) ได้รับการคัดกรอง					
คำนิยาม	ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ที่ขึ้นทะเบียนเป็นประชากรในพื้นที่นั้นๆ และไม่มีชื่อในทะเบียนแต่อยู่จริง ในเขตอำเภอบ้านผือ					
เกณฑ์เป้าหมาย :						
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	
ร้อยละ ๘๕		ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๘	
วัตถุประสงค์	- ค้นหาประชากรสูงอายุที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะตาบอดจากต้อกระจก (Cataract Blindness) - เพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยต้อกระจก - ลดอัตราตาบอด Blinding Cataract ให้ครอบคลุมพื้นที่อำเภอบ้านผือ - เพื่อพัฒนาศักยภาพพยาบาลในโรงพยาบาลบ้านผือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และ อสม. ให้มีความรู้ในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยต้อกระจก					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Cataract Blindness (VA แย่กว่า ๑๐/๒๐๐)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการคัดกรองพบผู้ป่วยสายตาผิดปกติโดย อสม.และส่งต่อ รพ.สต.คัดกรองพบ Cataract Blindness (VA แย่กว่า ๑๐/๒๐๐)					
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโปรแกรม Vision ๒๐๒๐ Thailand /ข้อมูลจาก รพ.สต.					
รายการข้อมูล ๒.๑	A = จำนวนประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในพื้นที่ ที่ได้รับการคัดกรองสายตา					

รายการข้อมูล ๒.๒	B = จำนวนประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปในพื้นที่					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :						
เกณฑ์ประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
๙.๑ ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น (Low Vision) ได้รับการคัดกรอง		≥ ร้อยละ ๕๕	≥ ร้อยละ ๖๕	≥ ร้อยละ ๗๕	≥ ร้อยละ ๘๕	
วิธีการประเมินผล						
๙.๑ ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น (Low Vision) ได้รับการคัดกรอง โดยมีวิธีการประเมินผ่านระบบ Vision๒๐๒๐ Thailand มีรายละเอียด ดังนี้						
เกณฑ์การประเมิน		เกณฑ์การให้คะแนนปี ๒๕๖๘				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น (Low Vision) ได้รับการคัดกรอง (เป้าหมาย ร้อยละ ๘๕)		ร้อยละ ๗๕	ร้อยละ ๗๗.๕	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๒.๕	ร้อยละ ๘๕
เอกสารสนับสนุน						
คู่มือการใช้งานโปรแกรม Vision ๒๐๒๐ Thailand						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
Baseline data		หน่วยวัด	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
ผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ที่มีภาวะบกพร่องทางการมองเห็น (Low Vision) ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ ๙๒.๑๘		ร้อยละ	NA	NA	NA	๙๒.๑๘
ข้อมูลจากโปรแกรม Vision๒๐๒๐ Thailand						
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		ชื่อ- สกุล นางสาวเมธิณี ศรีภูมิ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๑๙๖ , ๑๙๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๑-๘๙๕๓๒๓๖ E-mail: launmamy@gmail.com				

KPI Template งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๙.๒ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา				
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด				
	ตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจจอประสาทตาด้วย Ophthalmoscope หรือ Fundus Camera				
	เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา				
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	๘๐	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อค้นหาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ๒. เพื่อการรักษาและการส่งต่ออย่างเหมาะสม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล ๑	A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจตา ด้วย Ophthalmoscope หรือ Fundus Camera				
รายการข้อมูล ๒	B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑ - ไตรมาส ๔				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์ประเมิน			๓ เดือน	๖ เดือน	๙ เดือน
ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา			ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๕
					ร้อยละ ๘๐

วิธีการประเมินผล	ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา																						
	รายการข้อมูล ๑ : A : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจตา ด้วย Ophthalmoscope หรือ Fundus Camera																						
	รายการข้อมูล ๒ : B : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด																						
	สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : (A/B) x ๑๐๐																						
	ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐																						
	<table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา น้อยกว่าร้อยละ ๖๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๗๐.๐๐ – ๗๔.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>					ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	๑	๒	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๒	๓	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๗๐.๐๐ – ๗๔.๙๙	๓	๔	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙	๔	๕	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๕
	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																				
๑	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา น้อยกว่าร้อยละ ๖๕	๑																					
๒	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๒																					
๓	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๗๐.๐๐ – ๗๔.๙๙	๓																					
๔	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๗๕.๐๐ – ๗๙.๙๙	๔																					
๕	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๕																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																			
				๒๕๖๕	๒๕๖๖																		
				๒๕๖๗																			
	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอ ตา และรักษาอย่าง เหมาะสมทันเวลา		ร้อยละ	๕๗.๙๕	๖๒.๔๙																		
เอกสารสนับสนุน :	๑. ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข																						
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																						
	๓. น.ส.สุภาวดี แดงนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ																						
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๘-๓๐๒๘๘๓๙																						

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	PP&P Excellence ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	ข้อที่ ๑๐ ร้อยละการเข้าถึงทันตกรรมเฉพาะทาง				
คำนิยาม	ทันตกรรมเฉพาะทาง หมายถึง งานบริการทางทันตกรรมที่ให้บริการโดยทันตแพทย์ ประกอบด้วยงาน ๑. ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล คือ การผ่าฟันคุด การผ่าตัดฟันฝัง การผ่าตัดอวัยวะต่างๆ บริเวณช่องปากและใบหน้า ๒. ทันตกรรมประดิษฐ์ หรือทันตกรรมใส่ฟัน คือ การรักษาโดยการทำฟันปลอม เพื่อใช้ทดแทนอวัยวะต่างๆ ในช่องปาก เพื่อให้สามารถใช้งานได้ ๓. ทันตกรรมรากเทียม คือ การรักษาโดยการฝังรากเทียมร่วมกับการทำฟันปลอมบนรากเทียมให้มีรูปร่างและการใช้งานเพื่อทดแทนรากฟันธรรมชาติ ๔. ทันตกรรมบูรณะช่องปากและใบหน้า คือ การรักษาโดยการทำของเทียมเพื่อใช้ทดแทนอวัยวะต่างๆ บริเวณใบหน้าและช่องปาก ๕. ทันตกรรมรักษารากฟัน คือ การรักษาอาการเจ็บและการอักเสบที่เกิดขึ้นในโพรงประสาทและปลายรากฟัน ๖. ปรีทันตวิทยา หรือโรคเหงือก คือ การรักษาปริทันต์อักเสบ ร่วมกับการทำศัลยกรรมปริทันต์เพื่อการรักษา ๗. ทันตกรรมสำหรับเด็ก คือ การรักษาฟันและโรคที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะในช่องปากสำหรับเด็ก การใส่เครื่องมือป้องกันฟันล้ม การรักษารากฟันน้ำนม การทำครอบฟันน้ำนม ๘. ทันตกรรมเพื่อความสวยงาม คือ การรักษาโดยการอุดฟันหน้า หรือปรับตกแต่งฟันหน้าด้วย veneer การฟอกสีฟันขาว การทำครอบฟัน การตกแต่งเหงือก โดยมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดความสวยงาม ร้อยละการเข้าถึงทันตกรรมเฉพาะทาง หมายถึง ร้อยละของการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทาง (นับเป็นจำนวนหัตถการ) ต่อจำนวนการให้บริการทันตกรรมทั้งหมด (จำนวนหัตถการทันตกรรมพื้นฐาน ทันตกรรมเฉพาะทางและทันตกรรมป้องกัน)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
		ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
		ร้อยละ ๑๔	ร้อยละ ๑๖	ร้อยละ ๑๘	ร้อยละ ๒๐
					ร้อยละ ๒๒
วัตถุประสงค์	๑) เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการทันตกรรมพื้นฐานและบริการทันตกรรมเฉพาะทางของประชาชนในเขตพื้นที่และนอกเขตพื้นที่รับผิดชอบ ๒) พัฒนาระบบงานบริการเฉพาะทางให้บริการเพื่อให้มีประสิทธิภาพและตอบสนองต่อความต้องการผู้มารับบริการ ๓) เพื่อยกระดับการบริการสู่การเป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในด้านทันตกรรมเฉพาะทางในกลุ่มเขตโรงพยาบาลบ้านฝื่อ-น้ำโสม-นาโยง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรในเขตและนอกเขตรับผิดชอบ				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข http://hdcservice.moph.go.th																
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ																
ระยะเวลาประเมินผล	ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘)																
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘ :																	
เกณฑ์ประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน												
ร้อยละจำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมดโรงพยาบาลบ้านฝ้อ		≥ร้อยละ ๘	≥ร้อยละ ๑๐	≥ร้อยละ ๑๒	≥ร้อยละ ๑๔												
วิธีการประเมินผล	รายการข้อมูล ๑ : จำนวนการให้บริการทันตกรรมเฉพาะทางทั้งหมด ๘ สาขา ได้แก่ ๑. ศัลยกรรมช่องปากและแม็กซิลโลเฟเชียล ๒. ทันตกรรมประดิษฐ์ หรือทันตกรรมใส่ฟัน ๓. ทันตกรรมรากเทียม ๔. ทันตกรรมบูรณะช่องปากและใบหน้า ๕. ทันตกรรมรักษารากฟัน ๖. ปริทันตวิทยา หรือโรคเหงือก ๗. ทันตกรรมสำหรับเด็ก ๘. ทันตกรรมเพื่อความสวยงาม รายการข้อมูล ๒ : จำนวนการให้บริการทันตกรรมทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด : ร้อยละการเข้าถึงทันตกรรมเฉพาะทาง รายการข้อมูล ๑/ รายการข้อมูล ๒ x ๑๐๐ ร้อยละการเข้าถึงทันตกรรมเฉพาะทาง <table><tr><td>ระดับ ๑</td><td>ระดับ ๒</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr><tr><td>ร้อยละ ๑๐</td><td>ร้อยละ ๑๑</td><td>ร้อยละ ๑๒</td><td>ร้อยละ ๑๓</td><td>ร้อยละ ๑๔</td></tr></table>				ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๑	ร้อยละ ๑๒	ร้อยละ ๑๓	ร้อยละ ๑๔			
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕													
ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๑	ร้อยละ ๑๒	ร้อยละ ๑๓	ร้อยละ ๑๔													
เอกสารสนับสนุน:	ข้อมูลจากรายงาน ระบบ Health Data Center กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานทันตสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เขตสุขภาพที่ ๘																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td>๒๕๖๕</td><td>๒๕๖๖</td><td>๒๕๖๗</td></tr><tr><td>จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมดโรงพยาบาลบ้านฝ้อ</td><td>ร้อยละ</td><td>๑๓.๑๙</td><td>๑๐.๐๔</td><td>๑๒.๑๒</td></tr></table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมดโรงพยาบาลบ้านฝ้อ	ร้อยละ	๑๓.๑๙	๑๐.๐๔	๑๒.๑๒
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗													
จำนวนรายบริการทันตกรรมเฉพาะทางต่อบริการทั้งหมดโรงพยาบาลบ้านฝ้อ	ร้อยละ	๑๓.๑๙	๑๐.๐๔	๑๒.๑๒													
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.....นางสาวอุณิทยั ตุ่มหม่อง..... ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข)..... โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : - ชื่อ - สกุล.....นางวิชุดา ตัณฑรัตน์..... ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน..... โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : -
--	---

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ Service Excellences
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๑๑. ร้อยละความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย Intermediate care ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๑๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการปรับสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ก่อนครบ ๖ เดือน ๑๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* หลังระยะ ๖ เดือน ที่มี Barthel index ≤ ๑๑ ได้รับการดูแล และมีภาวะแทรกซ้อน ไม่เกินร้อยละ ๕
คำนิยาม	การปรับสภาพระยะกลาง (Intermediate care; IMC) หมายถึง การปรับสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ ๖ เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกาย จิตใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ โดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลาง ใน รพ.ทุกระดับ (A/S/M/ F) โดยให้บริการ ผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward) ผู้ป่วยนอก และให้บริการในชุมชน เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน เยี่ยมบ้าน เป็นต้น *ผู้ป่วย Intermediate care หมายถึง ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury รายใหม่ หรือกลับเป็นซ้ำภายในระยะเวลา ๖ เดือน และ Fragility hip fracture รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดทุกรายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index < ๑๕ รวมทั้งคะแนน Barthel index ≥ ๑๕ with multiple impairments Intermediate ward คือ การให้บริการ Intensive inpatient rehabilitation program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน อย่างน้อยวันละ ๓ ชั่วโมง และอย่างน้อย ๕ วัน ต่อสัปดาห์ หรือ อย่างน้อย ๑๕ ชั่วโมง/สัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) โดยมีรายละเอียดการให้บริการ Intermediate ward ตามภาคผนวก ๑ Intermediate bed คือ การให้บริการ Inpatient rehab program หมายถึง ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูโดยเฉลี่ยอย่างน้อย วันละ ๑ ชั่วโมงอย่างน้อย ๓ ครั้งต่อสัปดาห์ (ไม่รวมชั่วโมง nursing care) การพยาบาลฟื้นฟูสภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ใช้กระบวนการหรือกิจกรรมที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถฟื้นคืนสภาพให้เร็วที่สุด ยอมรับและปรับตัวกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยกระบวนการหรือกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย คนพิการ ญาติ ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย คนพิการ สามารถดำรงชีวิตอิสระในสังคมได้ตามศักยภาพ รวมถึงการพิทักษ์สิทธิอันพึงได้ให้กับผู้ป่วย คนพิการ กิจกรรมการปรับสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยนอก ได้แก่ กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และแก้ไขการพูด ทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐ และภายนอก เช่น ศูนย์ฟื้นฟูชุมชน คลินิกกายภาพบำบัดเอกชนที่ขึ้นทะเบียน

หมายเหตุ

- การให้บริการ intermediate bed/ward สามารถให้บริการได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทล ที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ ๒๐
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ I๖๐ - I๖๔
TBI	Traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตราย ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๐๖๑ - S๐๖๙
SCI	Spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๑๔.๐ - S๑๔.๑, S๒๔.๐ - S๒๔.๑, S๓๔.๐ - S๓๔.๑, S๓๔.๓
-	Fracture Hip (Fragility fracture)	การวินิจฉัยภาวะกระดูกสะโพกหักจากภยันตรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture) ได้แก่ ICD๑๐ ต่อไปนี้ S๗๒.๐ - S๗๒.๒
	Multiple Impairments	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ ๒ ระบบขึ้นไป ได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
A	โรงพยาบาลศูนย์	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M๑	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	ตามคำนิยามของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้
M๒	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด ๑๒๐ เตียงขึ้นไป
F๑	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด ๖๐-๑๒๐ เตียง
F๒	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด ๓๐-๕๐ เตียง
F๓	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด ๑๐ เตียง

เกณฑ์เป้าหมาย :

๑๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ก่อนครบ ๖ เดือน

ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

๑๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* หลังระยะ ๖ เดือน ที่มี Barthel index $\leq$ ๑๑ ได้รับการดูแล และมีภาวะแทรกซ้อน ไม่เกินร้อยละ ๕

ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ไม่เกินร้อยละ ๕	ไม่เกินร้อยละ ๔	ไม่เกินร้อยละ ๓	ไม่เกินร้อยละ ๒	ไม่เกินร้อยละ ๑

วัตถุประสงค์	๑. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, Traumatic brain injury, Spinal cord injury และ Hip Fracture (Fragility fracture) โดยผู้ป่วยได้รับการต่อเนื่องอย่างน้อย ๖ เดือน ๒. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ๓. เพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย ๔. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติ พร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้าน และชุมชน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด ๒. ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ ๕๐ ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดด้วยภาวะกระดูกสะโพกหักจากถื่นนทรายชนิดไม่รุนแรง (Fragility fracture)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบ้านผือ เป็นผู้สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูล รายงานต่างๆโดยการบันทึกทะเบียนผู้ป่วย IMC /รายงาน/เอกสาร/ภาพถ่าย/ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์
แหล่งข้อมูล	- แผนงาน - โรงพยาบาลระดับ A, S, M๑, M๒, F๑, F๒ และ F๓ ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๘ รอบที่ ๒ ๑ เมษายน ๒๕๖๘ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘

เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ตัวชี้วัด๑๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารจัดการฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ก่อนครบ ๖ เดือน	-	ร้อยละ ๙๕	-	ร้อยละ ๙๕
ตัวชี้วัด ๑๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* หลังระยะ ๖ เดือน ที่มี Barthel index $\leq$ ๑๑ ได้รับการดูแล และมีภาวะแทรกซ้อน ไม่เกินร้อยละ ๕	-	ไม่เกินร้อยละ ๕	-	ไม่เกินร้อยละ ๕

วิธีการประเมินผล :	๑๑.ร้อยละความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย Intermediate care ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ๑๑.๑ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index เพิ่มขึ้นตามเกณฑ์ ก่อนครบ ๖ เดือน ๑๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* หลังระยะ ๖ เดือน ที่มี Barthel index ≤ ๑๑ ได้รับการดูแล และมีภาวะแทรกซ้อน ไม่เกินร้อยละ ๕ <table><tr><th rowspan="2">ข้อ</th><th rowspan="2">คำเป้าหมาย</th><th colspan="5">เกณฑ์การให้คะแนนปี ๒๕๖๘</th></tr><tr><th>๑</th><th>๒</th><th>๓</th><th>๔</th><th>๕</th></tr><tr><td>๑๑.๑</td><td>ร้อยละ ๙๕</td><td>ร้อยละ ๔๗</td><td>ร้อยละ ๕๙</td><td>ร้อยละ ๗๑</td><td>ร้อยละ ๘๓</td><td>ร้อยละ ๙๕</td></tr><tr><td>๑๑.๒</td><td>ไม่เกิน ร้อยละ ๕</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๙</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๘</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๗</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๖</td><td>ไม่เกินร้อยละ ๕</td></tr></table>	ข้อ	คำเป้าหมาย	เกณฑ์การให้คะแนนปี ๒๕๖๘					๑	๒	๓	๔	๕	๑๑.๑	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๔๗	ร้อยละ ๕๙	ร้อยละ ๗๑	ร้อยละ ๘๓	ร้อยละ ๙๕	๑๑.๒	ไม่เกิน ร้อยละ ๕	ไม่เกินร้อยละ ๙	ไม่เกินร้อยละ ๘	ไม่เกินร้อยละ ๗	ไม่เกินร้อยละ ๖	ไม่เกินร้อยละ ๕
ข้อ	คำเป้าหมาย			เกณฑ์การให้คะแนนปี ๒๕๖๘																							
		๑	๒	๓	๔	๕																					
๑๑.๑	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๔๗	ร้อยละ ๕๙	ร้อยละ ๗๑	ร้อยละ ๘๓	ร้อยละ ๙๕																					
๑๑.๒	ไม่เกิน ร้อยละ ๕	ไม่เกินร้อยละ ๙	ไม่เกินร้อยละ ๘	ไม่เกินร้อยละ ๗	ไม่เกินร้อยละ ๖	ไม่เกินร้อยละ ๕																					
เอกสารสนับสนุน :	๑. งานวิจัยการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๒ ๒. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) พ.ศ.๒๕๕๙ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๓) สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ ๓. งานวิจัยการประเมินผลระบบการให้บริการการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) พ.ศ.๒๕๖๒ ๔. งานวิจัยต้นทุน-ประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังระยะเฉียบพลัน ด้วยรูปแบบการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate care) เปรียบเทียบกับการฟื้นฟูสมรรถภาพแบบผู้ป่วยนอก พ.ศ.๒๕๖๒ ๕. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Guideline for Intermediate care service plan) ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ ๖. คู่มือแนวทางการตรวจนิเทศงาน กรมการแพทย์ (Smart Inspection Guideline) สำนักนิติเวชระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ ๗. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาทระยะกลาง พ.ศ. ๒๕๖๕ สถาบันประสาทวิทยา ๘. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลางสำหรับผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักฯ พ.ศ. ๒๕๖๖																										

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	๑๑.๑ ผู้ป่วย Intermediate care* ได้รับการ บริหารพื้นสภาวะระยะกลางและติดตามจนครบ ๖ เดือน หรือจน Barthel index เพิ่มขึ้นตาม เกณฑ์ ก่อนครบ ๖ เดือน	๗๐.๗๙	NA	NA	NA
	๑๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Intermediate care* หลังระยะ ๖ เดือน ที่มี Barthel index ≤ ๑๑ ได้รับการดูแล และมีภาวะแทรกซ้อน ไม่เกินร้อย ละ ๕	NA	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลบ้านฝื่อ นางสาวพัชรินทร์ แก้วดวงดี ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๑๖๘-๔๐๔๕ นายพชร สองจันทร์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๖-๖๓๗-๘๕๑๐ นางสาวขวัญเรือน พาดฤทธิ์ ตำแหน่ง นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๗๔๖-๓๐๑๙ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๘๓				

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนงาน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านฝ้อ
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๑๒ ค่าคะแนนผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Homeward ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
คำนิยาม	๑. บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital Care at Home หรือ Home ward) หมายถึง การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษา ของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วย และสื่อสารกับทีมแพทย์ ๒. รูปแบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน ๑. Step down: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital care in hospital) ก่อน แล้ว แพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (hospital care at home) โดยโรงพยาบาล เดิมดูแล ๒. Refer Back: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ ๑ ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลที่ ๒ ดูแล แล้ว แพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ ๓. Step up/ Start at home: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ ในโรงพยาบาล (OPD, ER) แล้วแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ หรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยใน ที่บ้านได้หรือแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิไปตรวจผู้ป่วยที่บ้าน ในกรณีผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ๓. บริการในที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิต (Home ward for active dying patients) หมายถึง การจัดบริการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิต ตลอดจนครอบครัวของ ผู้ป่วย ทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ให้สามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่บ้าน ต่อเนื่องจากการรับบริการในโรงพยาบาล (Step down from hospital to home) ในระยะกำลังเสียชีวิตได้อย่างมีคุณภาพแบบองค์รวม และผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความประสงค์ ตามแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning; ACP) หรือ หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับ บริการสาธารณสุข(advance directive or living will; ADL) ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้จัดทำไว้ ซึ่งเป็นไปตามสิทธิของบุคคลตามมาตรา ๑๒ แห่ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ๔. ค่าคะแนนผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Home ward หมายถึง ค่าคะแนนตามแบบประเมิน มาตรฐานงาน Home ward คปสอ.บ้านฝ้อ มีทั้งหมด ๒๐ ข้อ ข้อละ ๕ คะแนน คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

แบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward คปสอ.บ้านมือ

หัวข้อการประเมิน	ไม่มี (0 คะแนน)	มี (5 คะแนน)
1. มีการกำหนดพื้นที่ ที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้		
2. แพทย์ใน รพ.รับทราบระบบ home ward ข้อบ่งชี้ในการส่งผู้ป่วย ข้อจำกัดเกณฑ์ในการส่งผู้ป่วยกลับ		
3. มีแพทย์ และทีมพยาบาลที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระบบ home ward		
4. มีระบบประเมินความพร้อมศักยภาพของบ้าน และครอบครัว รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน		
5. ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย (แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ และทีม home ward ทีมปฐมภูมิ หรือทีมเยี่ยมบ้าน)		
6. ระบบการติดต่อสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการกับญาติในแต่ละวัน เช่น โทรศัพท์,Line video call,จัดสรรให้ยืมโทรศัพท์ที่มีอินเทอร์เน็ต ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มี เป็นต้น		
7. ช่องทางในการติดต่อกรณีฉุกเฉิน และรับผู้ป่วยกลับถ้าอาการเปลี่ยนแปลงตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงระบบรถรับส่งต่อ		
8. ระบบเฝ้า/จ่ายอุปกรณ์ของ รพ. เช่น thermometer,เครื่องวัดความดัน,เครื่องวัด ระดับออกซิเจน,เตียง,ชุดเช็ดตัวแผล เป็นต้น		
9. ระบบจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลือง เช่น ผ้าก๊อซ น้ำเกลือ โซริงค์ เป็นต้น		
10. ระบบจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายกรณี อาจเป็นกระดาษ หรือโปรแกรม แอปพลิเคชันออนไลน์		
11. ระบบกักตุนขยะติดเชื้อ เช่น รถจัดเก็บขยะติดเชื้อ,เตาเผาขยะติดเชื้อชุมชน		
12. มีระบบบริการความเสี่ยง (risk management) สอดคล้องกับการบริหารจัดการของ รพ.		
13. มีผู้ป่วยเข้ารับบริการ Home ward ครอบคลุมทั้ง 7 กลุ่มโรค(DM, HT, แผลกดทับ, UTI , Pneumonia, Covid-19, COPD c AE) มากกว่า ร้อยละ 50		
14. มีการบริการ Home ward ครอบคลุม ผู้ป่วยกลุ่มใช้สารเสพติด บุหรี่ สุรา และ Amphetamine		
15. มีการบริการ Home ward ครอบคลุม ผู้ป่วยกลุ่มระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิต (Home ward for active dying patients)		
16. มีผู้เข้ารับบริการ Home ward พึงพอใจระบบบริการมากกว่า ร้อยละ 80		
17. มีการประเมิน/รับรองมาตรฐาน ระบบบริการ Home ward จากหน่วยงานหรือภาคีเครือข่าย ภายในหรือภายนอกองค์กร		
18. มีศักยภาพเป็นแหล่งเรียนรู้ /ต้นแบบ บริการ Home ward แก่เครือข่ายบริการสาธารณสุขอื่น		
19. มีผลการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข กรณีดูแลบริการแบบผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) ผ่านระบบ Amed สปสช. สำเร็จมากกว่า ร้อยละ 95		
20. มีระบบบริการ Home ward ที่มีศักยภาพด้านการจัดการรายได้เข้าสู่ รพ. เพิ่มขึ้น		
รวม(คะแนน)		
คิดเป็นร้อยละ		

เกณฑ์เป้าหมาย : ค่าคะแนนผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Homeward ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๘๐ คะแนน	๘๕ คะแนน	๙๐ คะแนน	๙๕ คะแนน	๙๕ คะแนน

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการ Home ward ให้มีมาตรฐานเพิ่มขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายหลัก Home ward ๗ กลุ่มโรค DM, HT, แผลกดทับ, UTI , Pneumonia, Covid-๑๙ และCOPD c AE ๒. ผู้ป่วยกลุ่มใช้สารเสพติด บุหรี่ สุรา และ Amphetamine ๓. ผู้ป่วยกลุ่มระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิต (Active dying patients) ๔. โรค psoriasis vulgaris
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก DMS Home ward กระทรวงสาธารณสุข /รายงานประจำเดือน/ เวชระเบียน

แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก DMS Home ward กระทรวงสาธารณสุข /รายงานประจำเดือน/ เวชระเบียน																						
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส																						
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :																							
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน		รอบ ๙ เดือน																			
๒๕ คะแนน		๕๐ คะแนน		๗๕ คะแนน																			
รอบ ๑๒ เดือน		๑๐๐ คะแนน		100 คะแนน																			
วิธีการประเมินผล :	เกณฑ์การประเมิน ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward คปสอ.บ้านผือ จำนวน ๒๐ ข้อ ข้อละ ๕ คะแนน โดยคิดจากคะแนนรวมทั้งหมด ๑๐๐ คะแนน รายการข้อมูลข้อที่ ๑ : A๑ - A๒๐ = ค่าคะแนนข้อที่ ๑-๒๐ ตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward คปสอ.บ้านผือ จังหวัดอุดรธานี รายการข้อมูลข้อที่ ๒ : B = ค่าคะแนนรวมทั้งหมดที่ได้ ตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward คปสอ.บ้านผือ จังหวัดอุดรธานี สูตรคำนวณตัวชี้วัด : SUM(A๑:A๒๐) = B เป้าหมายของตัวชี้วัด : ๘๐ คะแนน โดยแบ่งเกณฑ์การประเมิน ได้ดังนี้ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ คะแนน</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward เท่ากับ ๖๕ คะแนน</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward เท่ากับ ๗๐ คะแนน</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward เท่ากับ ๗๕ คะแนน</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐ คะแนน</td><td>๕</td></tr></table>					ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ คะแนน	๑	๒	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward เท่ากับ ๖๕ คะแนน	๒	๓	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward เท่ากับ ๗๐ คะแนน	๓	๔	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward เท่ากับ ๗๕ คะแนน	๔	๕	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐ คะแนน	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																					
๑	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๖๐ คะแนน	๑																					
๒	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward เท่ากับ ๖๕ คะแนน	๒																					
๓	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward เท่ากับ ๗๐ คะแนน	๓																					
๔	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward เท่ากับ ๗๕ คะแนน	๔																					
๕	ค่าคะแนนตามแบบประเมินมาตรฐานงาน Home ward มากกว่าหรือเท่ากับ ๘๐ คะแนน	๕																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<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>ค่าคะแนนผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Home ward</td><td>คะแนน</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr></table> ข้อมูลจาก DMS Home ward กระทรวงสาธารณสุข /รายงานประจำเดือน/ เวชระเบียน-หมายเหตุ เริ่มดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ค่าคะแนนผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Home ward	คะแนน	N/A	N/A	N/A	N/A		
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																		
ค่าคะแนนผลการดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วย Home ward	คะแนน	N/A	N/A	N/A	N/A																		
เอกสารสนับสนุน:	กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๕). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ฉบับที่๑. นนทบุรี. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๗). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ฉบับที่๒. นนทบุรี.																						

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ ชื่อ – สกุล นางพัชรี ฤทธิ์ศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๑๗๒๖๐๒ E-mail: lotus๒๖๔๖๕@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านฝ้อ ชื่อ – สกุล นางอ้อยใจ ศิริกาญจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๔-๒๗๖๗๙๐๔ E-mail: tonoy.oi@hotmail.com
---	---

เป้าประสงค์ที่ 3

ระบบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (Take care) และการส่งต่อเพื่อการรักษาพยาบาล (Refer) มีคุณภาพ ผู้รับบริการมีความปลอดภัยและได้รับบริการที่ไร้รอยต่อ



KPI Template งานดูแลต่อเนื่อง COC ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ Service Excellence			
แผนที่	แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ			
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ			
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๑๓ ร้อยละการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ มีอาการคงที่และดีขึ้น			
คำนิยาม	ผู้ป่วยเตียงประเภทที่ ๓ หมายถึง กลุ่มผู้ป่วยที่พยาธิสภาพของโรคทำให้เกิดความพิการ จำกัดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือมีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัวกลับบ้านเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต เช่น การให้อาหารทางสายยาง ใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน และหรือมีความรุนแรงของโรคจนอาจเกิดอันตรายคุกคามต่อชีวิต หรือเกิดความพิการ โดยยึดที่คะแนนความสามารถการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL Barthel'Index = ๐ - ๔ คะแนน) เป็นหลัก การเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาว หมายถึง ผู้ป่วยเตียง ๓ ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ได้รับการดูแลแล้วกลับมามีอาการดีขึ้น หรือช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๘๕	๘๕	๙๐	๙๕	๑๐๐
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพของผู้ป่วยระยะยาวจากผู้ป่วยเตียงประเภทที่ 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 $(A/B) \times 100$ กรณีอาการดีขึ้น/คงที่ $(A/B) \times 100$ <table><tr><td>ค่าคะแนน</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>					ค่าคะแนน	๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละ	๘๑	๘๒	๘๓	๘๔	๘๕	
ค่าคะแนน	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	<u>โรงพยาบาลบ้านผือ</u> นางภิญญดา ผิวอ่อน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๙๗๑๔๒๙๑๕๖ E-mail : Phinyadakung๔๕๖@gmail.com <u>สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ</u> นางอ้อยใจ ศิริกาญจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐๘๔๒๗๖๗๙๐๔๑ E- mail : tonoy.oi@hotmail.com																	

KPI Template งานผู้ป่วยนอก (ศูนย์ส่งต่อ) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงาน	แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการ	โครงการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๑๔. ร้อยละการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (RW ความรุนแรงของกลุ่มโรคมามากกว่า ๑)				
คำนิยาม	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น (Refer Out) เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมถึงกระบวนการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลต้นสังกัด เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติแต่ยังจำเป็นต้องดูแลต่อในโรงพยาบาล (ทั้งกรณีที่ได้รับการส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัด สำนักการแพทย์หรือเข้ามารับการรักษาด้วยกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน) รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษา ที่สถานพยาบาลอื่น ๆ กรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และการส่งต่อเพื่อไปรับการ รักษาตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งเพื่อไปรับการ ตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นโดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่ง Refer Out หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการตรวจหรือรักษาต่อยังสถานพยาบาลอื่น RW ที่เป็นตัวเลขเชิงเปรียบเทียบว่า ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค ใช้ทรัพยากรของ โรงพยาบาลในการรักษาผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้นเฉลี่ยเป็นกี่เท่าของค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (RW ความรุนแรงของกลุ่มโรคมามากกว่า ๑)					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐		เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๒	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๔	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๖	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๘
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้การส่งต่อผู้ป่วย (refer out) เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดของกระทรวงสาธารณสุข ๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับระดับการรักษา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ refer out				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลข้อมูลจากโปรแกรม DRGs Index ๖ / รายงานข้อมูลสถิติ smart refer/ MOPH refer บันทึกการติดตามการส่งต่อในผู้ป่วยทุกราย โดยวิธีการโทรศัพท์/line/เอกสาร Checklist refer				
แหล่งข้อมูล	ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ refer out				
รายการข้อมูล	A = การ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (RW ความรุนแรงของกลุ่มโรคมามากกว่า ๑)				
รายการข้อมูล	B = จำนวนผู้ป่วยที่ส่งต่อทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐				
ระยะเวลาประเมินผล	รายเดือน / รายปี				

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘

เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (RW ความรุนแรงของกลุ่มโรคมากกว่า ๑)	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๕๐	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๖๐	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๗๐	เพิ่มขึ้นร้อยละ ๘๐

วิธีการประเมินผล : ร้อยละการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (RW ความรุนแรงของกลุ่มโรคมากกว่า ๑) มีค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ ๑ โดยมีวิธีการประเมิน ดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	มีการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐	๑
๒	มีการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๗๒.๕๐	๒
๓	มีการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๗๕	๓
๔	มีการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๗๗.๕๐	๔
๕	มีการ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐	๕

เอกสารสนับสนุน : คู่มือปฏิบัติการการรับส่งผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
การ Refer out มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด (RW ความรุนแรงของกลุ่มโรคมากกว่า ๑)	ร้อยละ	NA	NA	NA

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน
ตัวชี้วัด

ชื่อ-สกุล น.ส.ณิรนุช ปราบคนขั่ว
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๔๘๒๖๑
โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๓๙๑๓๑๗๑

KPI Template งานผู้ป่วยนอก (ศูนย์ส่ต่อ) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงาน	แผนงานที่ ๖ การพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
โครงการ	โครงการการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบการส่งต่อ				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๑๕. ร้อยละการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลลูกข่ายเพิ่มขึ้น ๑๕.๑ ร้อยละของผู้ป่วย Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลน้ำโสม ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐ ๑๕.๒ ร้อยละของผู้ป่วย Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลนาูง ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ เพิ่มขึ้นร้อยละ ๒๐				
คำนิยาม	กระบวนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลอื่น (Refer Out) เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมถึงกระบวนการประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยกลับไปดูแลรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลต้นสังกัด เมื่อผู้ป่วยพ้นภาวะวิกฤติแต่ยังจำเป็นต้องดูแลต่อในโรงพยาบาล (ทั้งกรณีที่ได้รับการส่งตัวมารับการรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัด สำนักการแพทย์หรือเข้ามารับการรักษาด้วยกรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน) รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการตรวจรักษา ที่สถานพยาบาลอื่น ๆ กรณีเกินศักยภาพของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักการแพทย์และการส่งต่อเพื่อไปรับการ รักษาตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย การส่งต่อผู้ป่วย (Refer) หมายถึง การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลหนึ่งเพื่อไปรับการตรวจรักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นโดยโรงพยาบาลเป็นผู้นำส่ง Refer In ใน ๕ สาขาหลัก หมายถึง การรับย้ายผู้ป่วยจากสถานพยาบาลอื่นเพื่อมารับการตรวจหรือ รักษาต่อ ๕ สาขาหลัก คือ สูติ-นรีเวชกรรม, อายุรกรรม, ศัลยกรรมทั่วไป, ศัลยกรรมกระดูกและข้อ และกุมารเวชกรรม RW ที่เป็นตัวเลขเชิงเปรียบเทียบว่า ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มโรค ใช้ทรัพยากรของ โรงพยาบาลในการรักษา ผู้ป่วยกลุ่มโรคนั้นเฉลี่ยเป็นกี่เท่าของค่าเฉลี่ยของผู้ป่วยทั้งหมด โรงพยาบาลบ้านฝ้อ มีลูกข่าย ๒ แห่ง คือ ๑. โรงพยาบาลน้ำโสม ขนาดเตียง ๖๐ เตียง มีประชากรทั้งหมด ๕๘,๖๔๑ คน ระยะทางจากรพ.น้ำโสม ถึง รพ.บ้านฝ้อ ๔๗ กม. และระยะทางจาก รพ.น้ำโสม ถึง รพศ.อุดรธานี ๑๑๐ กม. ๒. โรงพยาบาลนาูง ขนาดเตียง ๓๐ เตียง มีประชากรทั้งหมด ๒๘,๕๘๖ คน ระยะทางจากรพ.นาูง ถึง รพ.บ้านฝ้อ ๖๕ กม. และระยะทางจาก รพ.นาูง ถึง รพศ.อุดรธานี ๑๒๘ กม.				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลลูกข่ายเพิ่มขึ้น					
ตัวชี้วัด	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๒๕๗๒
๑) ร้อยละของผู้ป่วย Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลน้ำโสม ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐
๒) ร้อยละของผู้ป่วย Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลนาูง ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐	เพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๐

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนหรือภาวะโรคสูง (RW สูง) ใน ๕ สาขาหลัก ได้รับการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่มีศักยภาพเหมาะสมกับระดับการรักษา ๒. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการระบบส่งต่อ ให้มีความสอดคล้องกับความสามารถในการให้บริการของโรงพยาบาลลูกข่าย ๓. เพื่อส่งเสริมการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์อย่างเหมาะสม ลดความเสี่ยงจากการรักษาที่เกินศักยภาพของหน่วยบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลน้ำโสม ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ ๒. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลนาเยีย ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประมวลผลข้อมูลจากโปรแกรม DRGs Index ๖ / รายงานข้อมูลสถิติ smart refer/ MOPH refer บันทึกการติดตามการส่งต่อในผู้ป่วยทุกราย โดยวิธีการโทรศัพท์/line/เอกสาร Checklist refer
แหล่งข้อมูล	๑. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลน้ำโสม ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ ๒. ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลนาเยีย ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ ๓. ผู้ป่วยที่ได้รับการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพจากโรงพยาบาลน้ำโสมและโรงพยาบาลนาเยียในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ และ ๒๕๖๘ ที่ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ
รายการข้อมูล ๑	A๑ = ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลน้ำโสม ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗
รายการข้อมูล ๒	A๒ = ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลน้ำโสม ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๑	$(A๒-A๑/A๑) \times ๑๐๐$
รายการข้อมูล ๑	B๑ = ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลนาเยีย ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗
รายการข้อมูล ๒	B๒ = ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการ Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาลนาเยีย ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๒	$(B๒-B๑/B) \times ๑๐๐$
ระยะเวลาประเมินผล	รายเดือน / รายปี

เอกสารสนับสนุน :	คู่มือปฏิบัติการการรับส่งผู้ป่วยของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์กรุงเทพมหานคร				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	๑.๑ ผู้ป่วย Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาล น้ำโสม ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ	ร้อยละ	NA	NA	NA
	๑.๒ ผู้ป่วย Refer in ใน ๕ สาขาที่มี RW มากกว่าศักยภาพของโรงพยาบาล นาเยือง ส่งต่อมาที่โรงพยาบาลบ้านผือ	ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นายแพทย์ชัยรัตน์ เจริญสุข (องค์กรแพทย์) ชื่อ-สกุล น.ส.ณิรนุช ปราบคนขัว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๔๘๒๖๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๓๙๑๓๑๗๑				

เป้าประสงค์ที่ 4

สถานพยาบาลและบุคลากรในเครือข่ายสุขภาพ
ได้รับการพัฒนาให้มีศักยภาพเพื่อลดการส่งต่อ



KPI Template งานกลุ่มการพยาบาล ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘															
หมวด	Service Excellences ด้านบริการเป็นเลิศ														
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ														
โครงการ	โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพและอสม.														
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ														
ชื่อตัวชี้วัด	๑๖.ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อเข้ารับพัฒนาศักยภาพบุคลากร														
คำนิยาม	การเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลลูกข่าย คือ กระบวนการเชิงรุกในการประเมิน ปรับปรุง และสร้างเสริมความสามารถของโรงพยาบาลเครือข่าย ให้มีศักยภาพที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการรองรับภารกิจหรือกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายจากโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยครอบคลุมการจัดสรรและพัฒนาทรัพยากรทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากร โครงสร้างพื้นฐาน เทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบงาน และงบประมาณ รวมถึงการสร้าง ความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของบุคลากร เพื่อให้สามารถดำเนินการตามบทบาทหน้าที่ที่กำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ บรรลุเป้าหมายร่วมกัน และส่งมอบบริการที่มีคุณภาพแก่ผู้รับบริการ การพัฒนาศักยภาพบุคลากร คือ กระบวนการที่เป็นระบบและต่อเนื่องในการส่งเสริม สนับสนุน และเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ ความสามารถ ทักษะคิด และพฤติกรรมที่จำเป็นของบุคลากรในองค์กร ให้สอดคล้องกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และความต้องการขององค์กร รวมถึงความก้าวหน้าในสายอาชีพของบุคลากรแต่ละบุคคล เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด บรรลุผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในอนาคต														
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อเข้ารับพัฒนาศักยภาพบุคลากร															
<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>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๓</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๔</td><td>ระดับ ๕</td></tr></table>						ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	ระดับ ๓	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒											
ระดับ ๓	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๕											
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความพร้อมของโรงพยาบาลลูกข่ายในด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการพัฒนาศักยภาพบุคลากร														
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลลูกข่าย จำนวน ๒ แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลน้ำโสม และโรงพยาบาลนาเยือง														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. แบบประเมินความพร้อมโรงพยาบาลลูกข่าย ๒. รายงานผลการตรวจเยี่ยม หรือแบบสำรวจจากทีมประเมิน ๓. เอกสารประกอบ เช่น แผนเตรียมความพร้อม รายชื่อผู้เข้าร่วม การจัดเตรียมสถานที่														

แหล่งข้อมูล	๑. แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การตรวจสอบหน้างาน ๒. รายงานการเตรียมผู้ป่วยก่อนส่งต่อไม่พร้อมและไม่เหมาะสมในแต่ละกลุ่มโรค ๓. รายงานการวินิจฉัยผิดพลาดคลาดเคลื่อน ๔. รายงานอุบัติการณ์ Triage ผิดพลาดคลาดเคลื่อน (Over Triage มากกว่าร้อยละ ๑๕ ,Under triage ร้อยละ ๕) ๕. อุบัติการณ์ผู้ป่วยอาการทรุดลงระหว่างการส่งต่อ
-------------	--

ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส และรายปี
-------------------	--------------------

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อเข้ารับพัฒนาศักยภาพบุคลากร			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ระดับที่ ๑	ระดับที่ ๒	ระดับที่ ๓	ระดับที่ ๓

วิธีการประเมินผล	ระดับความสำเร็จในการเตรียมความพร้อมโรงพยาบาลลูกข่ายเพื่อเข้ารับพัฒนาศักยภาพบุคลากร เป้าหมาย : ระดับ ๒ โดยแบ่งเกณฑ์การประเมินออกเป็น ๕ ระดับ ดังนี้	
	ระดับ	เกณฑ์การประเมิน
	ระดับที่ ๑	๑) มีการจัดทำแผนงานการพัฒนาบุคลากรที่ชัดเจนและสอดคล้องกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ๒) มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนาบุคลากรอย่างเพียงพอ ๓) มีการสำรวจความต้องการในการพัฒนาของบุคลากรอย่างเป็นระบบ
	ระดับที่ ๒	ผ่านกิจกรรมระดับที่ ๑ และ ๑) มีสถานที่สำหรับจัดกิจกรรมพัฒนา (เช่น ห้องประชุม, ห้องอบรม) ที่เพียงพอและเหมาะสม ๒) มีอุปกรณ์และสื่อการเรียนรู้ที่จำเป็น (เช่น โปรเจคเตอร์, คอมพิวเตอร์, อินเทอร์เน็ต) ๓) มีระบบประสานงานระหว่างโรงพยาบาลลูกข่ายและแม่ข่ายที่ชัดเจน
	ระดับที่ ๓	ผ่านกิจกรรมที่ ๑,๒ และ ๑) บุคลากรเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพจริงตามแผน (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป) ๒) บุคลากรมีความพึงพอใจในเข้าร่วมการพัฒนาศักยภาพ (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป)
	ระดับที่ ๔	ผ่านกิจกรรมที่ ๑,๒,๓ และ ๑) มีระบบการติดตามและประเมินผลการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ๒) บุคลากรมีความรู้หลังการเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ ในระดับดีขึ้นไป (ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป)
	ระดับที่ ๕	ผ่านกิจกรรมที่ ๑,๒,๓,๔ และ ๑) มีช่องทางในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์หลังการพัฒนา (เช่น ชุมชนนักปฏิบัติ, การนำเสนอผลงาน) (อย่างน้อย ๑ ช่องทาง) ๒) มีการนำความรู้ที่ได้จากการพัฒนาไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริง (อย่างน้อย ๑ เรื่อง)

เอกสารสนับสนุน :	๑. แบบสำรวจ/แบบสอบถาม (Surveys/Questionnaires):สำหรับบุคลากร: ๒. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interviews):สัมภาษณ์ผู้บริหาร บุคลากรหลัก ผู้รับผิดชอบโครงการ เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึกในประเด็นที่แบบสอบถามอาจไม่ครอบคลุม ๓. แบบบันทึก การสังเกตการณ์/การตรวจสอบหน้างาน (Observation/Site Visit): ๔. เยี่ยมชมสถานที่จริงเพื่อประเมินความพร้อมของโครงสร้างพื้นฐาน อุปกรณ์ และสภาพแวดล้อม ๕. การตรวจสอบเอกสาร (Document Review): ตรวจสอบนโยบาย แผนงาน รายงานการประชุมงบประมาณ เอกสารการจัดซื้อจัดจ้าง เพื่อยืนยันข้อมูล ๖. ข้อมูลจากระบบ (System Data Collection): ข้อมูลการเข้าร่วมอบรม หรือข้อมูลการสำรวจความพึงพอใจ ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	๑. จำนวนโครงการที่มีการพัฒนาศักยภาพลูกข่าย	โครงการ	NA	๓	๑
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบ้านผือ ๑. นางชุลีพร แคนสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ เบอร์โทรศัพท์ : ๐๖๒-๓๖๕ ๕๒๑๓ ๒. นางสาวอุไรภรณ์ พิมพ์ทอง ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ๓. นางสาวอนธิกา สุทธิแพทย์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ๔. นางสาวกุลธิดา เจริญสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ				

KPI Template งานบริหารทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนงาน	แผนงานการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๑๗.ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้ตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด (วิชาชีพ/AI) ๑๗.๑ ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี ๑๗.๒ ร้อยละบุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กร
คำนิยาม	ตามเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคลเพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ๑. จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมกิจกรรมดังนี้ - การวางแผนอัตรากำลัง - พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร - บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก - การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร - การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร - การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ๒. การพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ ๒ รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบที่ไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ (Coaching) และการสอนงานอย่างใกล้ชิด บุคลากร หมายถึง บุคลากร ๕ กลุ่ม ดังนี้ ๑. บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี ๗ สายงาน ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด และ นักวิชาการสาธารณสุข ๒. บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ ๒.๑ บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ๗ สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาคลินิก/นักจิตวิทยา นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และแพทย์แผนไทย ๒.๒ บุคลากรอื่น มี ๗ สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการศึกษาพิเศษ นักกายอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา ๓. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรม เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่งานเวชสถิติ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเจ้าหน้าที่งานรังสีการแพทย์ ๔. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office) ประกอบด้วย นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานการเงินและบัญชี นักทรัพยากรบุคคล นักจัดการงานทั่วไป นักวิชาการ/เจ้าหน้าที่งานพัสดุ นิติกร นักสถิติ

	นักวิชาการ/เจ้าพนักงานคอมพิวเตอร์ นักวิชาการ/เจ้าพนักงานโสตทัศนศึกษา เจ้าพนักงานเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ เจ้าพนักงานธุรการ ๕. บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น บุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี หมายถึง บุคลากรในโรงพยาบาลที่ได้รับการอบรมหรือพัฒนาองค์ความรู้ รวมเวลาอบรมสะสมไม่น้อยกว่า ๒๐ ชั่วโมง ต่อคนต่อปี โดยไม่จำกัดแหล่งที่มา (อาจเป็นการอบรมจากภายในโรงพยาบาล หรือจากหน่วยงานภายนอก) นับเฉพาะการอบรมหรือพัฒนาความรู้ที่มี วัตถุประสงค์เพื่อเสริมสร้างทักษะหรือสมรรถนะในงานที่รับผิดชอบ ครอบคลุมการอบรมทั้งแบบ On-site, Online, Virtual Training, e-Learning ที่สามารถบันทึกชั่วโมงเรียนได้ รวมเฉพาะบุคลากร ที่มีสถานะปฏิบัติงานอยู่จริง ในปีงบประมาณนั้น (ยกเว้นลาออกหรือย้ายก่อนสิ้นปี) ไม่นับรวมกิจกรรมที่ไม่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาความรู้ เช่น สันทนาการ ทัศนศึกษา หรือประชุมทั่วไปที่ไม่เป็นทางวิชาการ บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กร หมายถึง บุคลากรแต่ละกลุ่มวิชาชีพในโรงพยาบาล ที่ได้รับการอบรมหรือพัฒนาความรู้ในหัวข้อหรือหลักสูตรที่ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์หลักของโรงพยาบาลหรือกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณนั้น การอบรมต้องอยู่ใน แผนพัฒนาบุคลากรประจำปี ที่โรงพยาบาลกำหนดไว้ บุคลากรต้องมีการเข้าร่วมจริง และสามารถแสดงหลักฐานการอบรมได้ (เช่น ใบรับรอง / รายชื่อผู้เข้าอบรม)																				
เกณฑ์เป้าหมาย : ๑๗. ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้ตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด (วิชาชีพ/AI) ๑๗.๑ ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี <table><tr><th>ปีงบประมาณ ๖๘</th><th>ปีงบประมาณ ๖๙</th><th>ปีงบประมาณ ๗๐</th><th>ปีงบประมาณ ๗๑</th><th>ปีงบประมาณ ๗๒</th></tr><tr><td>๕๐</td><td>๘๐</td><td>๘๐</td><td>๙๐</td><td>๑๐๐</td></tr></table> ๑๗.๒ ร้อยละบุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กร <table><tr><th>ปีงบประมาณ ๖๘</th><th>ปีงบประมาณ ๖๙</th><th>ปีงบประมาณ ๗๐</th><th>ปีงบประมาณ ๗๑</th><th>ปีงบประมาณ ๗๒</th></tr><tr><td>๕๐</td><td>๙๐</td><td>๑๐๐</td><td>๑๐๐</td><td>๑๐๐</td></tr></table>		ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	๕๐	๘๐	๘๐	๙๐	๑๐๐	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	๕๐	๙๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒																	
๕๐	๘๐	๘๐	๙๐	๑๐๐																	
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒																	
๕๐	๙๐	๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐																	
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลบ้านฝ้อ ได้รับการอบรมพัฒนาความรู้และทักษะให้ทันสมัย และสร้างองค์กรที่แข็งแกร่งและเติบโตอย่างยั่งยืน ๒. เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลบ้านฝ้อ ได้รับการอบรมพัฒนาพัฒนาสมรรถนะ (Competency) ที่จำเป็นต่อการขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุวิสัยทัศน์และพันธกิจ																				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านฝ้อทั้งหมด ในปีงบประมาณนั้น (ยกเว้นลาออกหรือย้ายก่อนสิ้นปี)																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โปรแกรมบันทึกข้อมูลการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบ้านฝ้อ แบบออนไลน์ (Google form)																				
แหล่งข้อมูล	รายงานตัวชี้วัดด้านการอบรมพัฒนาบุคลากรคณะกรรมการ HR																				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน																				

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ : ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้ตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด			
๑๗.๑ ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑๐	๒๐	๓๐	๕๐
๑๗.๒ ร้อยละบุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กร			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑๐	๒๐	๓๐	๕๐
วิธีการประเมินผล	ร้อยละบุคลากรในโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาความรู้ตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด (วิชาชีพ/AI)		
	๑.ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี		
	รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรม ≥ 20 ชั่วโมง/ปี		
	รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งหมด		
	สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $A/B*100$		
	ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐		
	โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้		
	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
	๑	บุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี น้อยกว่าร้อยละ ๓๕	๑
	๒	บุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี ร้อยละ ร้อยละ ๓๕.๐๐ - ๓๙.๙๙	๒
๓	บุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี ร้อยละ ๔๐.๐๐ - ๔๔.๙๙	๓	
๔	บุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี ร้อยละ ๔๕.๐๐ - ๔๙.๙๙	๔	
๕	บุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา จากทั้งหน่วยงานภายนอกและภายใน ๒๐ ชั่วโมง/คน/ปี มากกว่าร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป	๕	
๒.ร้อยละบุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กร			
รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กร			
รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลทั้งหมด			
สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $A/B*100$			
ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐			

	โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้																												
	<table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรน้อยกว่าร้อยละ ๓๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรร้อยละ ๓๕.๐๐ - ๓๙.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรร้อยละ ๔๐.๐๐ - ๔๔.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรร้อยละ ๔๕.๐๐ - ๔๙.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>						ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรน้อยกว่าร้อยละ ๓๕	๑	๒	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรร้อยละ ๓๕.๐๐ - ๓๙.๙๙	๒	๓	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรร้อยละ ๔๐.๐๐ - ๔๔.๙๙	๓	๔	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรร้อยละ ๔๕.๐๐ - ๔๙.๙๙	๔	๕	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป	๕					
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																											
๑	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรน้อยกว่าร้อยละ ๓๕	๑																											
๒	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรร้อยละ ๓๕.๐๐ - ๓๙.๙๙	๒																											
๓	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรร้อยละ ๔๐.๐๐ - ๔๔.๙๙	๓																											
๔	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรร้อยละ ๔๕.๐๐ - ๔๙.๙๙	๔																											
๕	บุคลากรตามวิชาชีพได้รับการอบรมตามยุทธศาสตร์ขององค์กรมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป	๕																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="4">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><th>๒๕๖๔</th><th>๒๕๖๕</th><th>๒๕๖๖</th><th>๒๕๖๗</th></tr><tr><td>๑. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>๒. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนาตามยุทธศาสตร์</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr></table>						Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๑. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา	ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	๒. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนาตามยุทธศาสตร์	ร้อยละ	NA	NA	NA	NA	
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																											
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																								
๑. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนา	ร้อยละ	NA	NA	NA	NA																								
๒. ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการอบรมพัฒนาตามยุทธศาสตร์	ร้อยละ	NA	NA	NA	NA																								
เอกสารสนับสนุน:	- แบบขออนุญาตเดินทางไปราชการ - แบบขออนุมัติจัดประชุมอบรม																												
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการ HR ๑) ชื่อ-สกุล นายชัยสิทธิ์ ทาปลัด ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙-๖๒๐๖๘๒๕ โทร ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๑๑																												

เป้าประสงค์ที่ 5

ประชาชนทุกกลุ่มวัย ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค เข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน เพื่อ ลดความเจ็บป่วย ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและ ได้รับการคุ้มครองด้านสุขภาพ



KPI Template งานกลุ่มการพยาบาล (งานฝากครรภ์) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)			
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๑๘. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์			
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการเพื่อตรวจและลงทะเบียนการตั้งครรภ์กับสถานพยาบาลภายในช่วงอายุครรภ์ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ (First ANC Visit Date) ณ สถานบริการนั้นๆในช่วงระยะเวลาที่กำหนด			
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์				
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
๙๕		๙๕	๙๖	๙๘
				๑๐๐
วัตถุประสงค์	หญิงตั้งครรภ์เข้ามาใช้บริการรวดเร็วเพื่อคัดกรองความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆวางแผนการดูแลการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างเหมาะสม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ ในเขตรับผิดชอบตำบลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑.รายงานประจำเดือน ๒.ระบบข้อมูล ๔๓ แฟ้ม (HDC)			
แหล่งข้อมูล	งานฝากครรภ์โรงพยาบาลบ้านผือ (PCU)			
ระยะเวลาประเมินผล	๑. ทุกไตรมาสที่ ๑,๒,๓ และ ๔ ๒. รายปี			
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘				
เกณฑ์ประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน
หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ร้อยละ ๙๕		ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕	ร้อยละ ๙๕
วิธีการประเมินผล	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ สามารถใช้วิธีการประเมินผล ดังนี้ รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่ผ่านเกณฑ์การฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์ ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม LABOR รายการข้อมูลที่ 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 ๙๑	๑		
	๒	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๙๒	๒		
	๓	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๙๓	๓		
	๔	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ร้อยละ ๙๔	๔		
	๕	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๕	๕		
เอกสารสนับสนุน:	๑. สมุดฝากครรภ์สี่ชมพูที่ลงบันทึกการฝากครรภ์ครั้งแรก (Fiest ANC Visit Date) ๒. จากผลการตรวจอัลตราซาวด์ของมารดาที่ลงทะเบียนฝากครรภ์ครั้งแรก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data(ปี๒๕๖๗)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ	๙๔.๒๙	๙๖.๘๘	๑๐๐
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	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ
ชื่อตัวชี้วัด	๑๙. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย ๑๙.๑ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ด้วย DSPM ๑๙.๒ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองสงสัยครั้งแรก ๑๙.๓. 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 ทั้งหมดในเขตอำเภอบ้านผือ ที่ได้จากการสำรวจและมีเด็กจริง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ และโรงพยาบาลบ้านผือ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และส่งข้อมูลขึ้นไปในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) ของจังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่งในพื้นที่เขตอำเภอบ้านผือ
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	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ					
ชื่อตัวชี้วัด	๑๙. ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ตามช่วงอายุที่กำหนด มีพัฒนาการสมวัย ๑๙.๔ ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1					
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 TEDA๔1 หมายถึง การที่เด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA๔1)					
เกณฑ์เป้าหมาย :						
	ชื่อตัวชี้วัด	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๒๕๗๒
	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1	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					

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	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 ด้านขึ้นไปในเขตอำเภอบ้านผือ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม ๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบ้านผือ และโรงพยาบาลบ้านผือ ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และส่งข้อมูลขึ้นไปในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) ของจังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่
แหล่งข้อมูล	ศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลบ้านผือ
ระยะเวลาการประเมินผล	ไตรมาส ๑,๒,๓ และ ๔

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘				
ชื่อตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย 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

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

เอกสาร สนับสนุน :	๑. คู่มือ DSPM / DAIM / TEDA ๔1 ๒. แบบบันทึกข้อมูลเด็กรายบุคคล/ คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA๔1)				
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละของเด็ก ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีการพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA ๔1	ร้อยละ	๖๖.๖๗	๗๙.๘๘	๘๓.๓๐
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	๑. นางอนุชศรา ใจชื่อ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลบ้านฝื่อ เบอร์โทร (ที่ทำงาน) ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๘ ต่อ ๒๐๓ เบอร์โทร (มือถือ) ๐๘๘-๕๖๑๕๕๑๓ E-mail : Anussara๒๙๓๐@gmail.com ๒. นางอ้อยใจ ศิริกาญจน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองกาลัย สำนักงานสาธารณสุขบ้านฝื่อ เบอร์โทร (มือถือ) ๐๘๔๒๗๖๗๙๐๔				

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	PP&P Excellence ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ			
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)			
โครงการ	๑) โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	ข้อที่ ๒๐ 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 : ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปีปราศจากฟันผุ (Caries free)				
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
≥ร้อยละ ๙๐		≥ร้อยละ ๙๒	≥ร้อยละ ๙๔	≥ร้อยละ ๙๖
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 :				
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)

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๖	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๗	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๘	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๙	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
เด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ (Caries Free)	ร้อยละ	๙๐.๘๘	๙๙.๙๗	๘๗.๐๒

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ชื่อ - สกุลทพญ.สุนันทา ชัยงาม.....

ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : -

ชื่อ - สกุล.....ทพญ.มัสการ นาสมนต์...

ตำแหน่งทันตแพทย์ชำนาญการ.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : -

ชื่อ - สกุล.....นางสาวอุณฤทัย ดุ่มหม่อง.....

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข).....

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : -

ชื่อ - สกุล.....นางวิชุดา ตัณฑรัตน์.....

ตำแหน่งเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขชำนาญงาน.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๘ โทรศัพท์มือถือ : -

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	PP&P Excellence ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ข้อที่ ๒๑. 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 : ร้อยละเด็กอายุ ๑๒ ปี มีฟันดีไม่มีผุ (Cavity Free)					
	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 และได้รับการบริการส่งเสริม 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>ร้อยละ ๘๒</td><td>ร้อยละ ๘๓</td><td>ร้อยละ ๘๔</td><td>ร้อยละ ๘๕</td><td>มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๖</td></tr></table>	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๓	ร้อยละ ๘๔	ร้อยละ ๘๕	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๖			
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕										
ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๓	ร้อยละ ๘๔	ร้อยละ 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	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๒๒. ร้อยละเด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี สูงดีสมส่วน				
คำนิยาม	เด็กอายุ ๖ - ๑๔ ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ ๖ ปี เต็ม- ๑๔ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน กราฟการเจริญเติบโต หมายถึง กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ ๖-๑๔ปีบริบูรณ์ 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) เมื่อเทียบกับการกราฟการเจริญเติบโต 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 ในเขตตำบลบ้านผือ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี				
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)				
รายการข้อมูลที่สำคัญ	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	<table><tr><th>การประเมิน</th><th>รอบ ๓ เดือน</th><th>รอบ ๖ เดือน</th><th>รอบ ๙ เดือน</th><th>รอบ ๑๒ เดือน</th></tr><tr><td>ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๖๐</td><td>-</td><td>≥ ร้อยละ ๖๐</td></tr></table>					การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละเด็กอายุ ๖-๑๔ ปี สูงดีสมส่วน	-	≥ ร้อยละ ๖๐	-	≥ ร้อยละ ๖๐								
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. ตีมนมจี๊ด ยืดความสูง ๑๗. อ่านฉลาดอย่างฉลาด 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/๓๓๓													
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	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๒๓ 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 ปี 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 - อายุต่ำกว่า 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 นางสาววรรณกานต์ 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	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๒๓.๑ 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 : ปี ๒๕๖๘ – ๒๕๗๒					
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 : (A๑/B๑) x ๑,๐๐๐			
	ค่าเป้าหมาย : ไม่เกินร้อยละ ๑๒			
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	
	๑	ร้อยละของการคลอดในกลุ่มมารดา อายุ ๑๕ - ๑๙ ปี ≥ 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 จากศูนย์เทคโนโลยี สารสนเทศและการสื่อสารจังหวัดอุดรธานี			
------------------	---	--	--	--

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	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ																	
ชื่อตัวชี้วัด	๒๔. ร้อยละคนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ ๒๔.๑ ร้อยละของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด																	
คำนิยาม	ประชาชนวัยทำงานเป้าหมาย หมายถึง ประชาชนอายุ ๑๙ ปี ๐ เดือน ๐ วัน – ๕๙ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน เจ้าหน้าที่ หมายถึง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านฝ้อ 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> สุขภาพดีตามเกณฑ์ หมายถึง ผ่านเกณฑ์ครบทุกข้อ ที่กำหนด ดังนี้ ๑) ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง ๑๘.๕ – ๒๒.๙ กก./ตรม. ๒) ความดันในเลือด < ๑๔๐/๙๐ mmHg ๓) น้ำตาลในเลือด FBS < ๑๐๐ mg/dL						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																	
เกณฑ์เป้าหมาย :																		
ตัวชี้วัด		๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๒๕๗๒												
๗. ร้อยละคนวัยทำงานอายุ ๑๙-๕๙ ปี มีดัชนีมวลกายปกติ		๕๔	๕๕	๕๖	๕๗	๕๘												
๗.๑ ร้อยละของเจ้าหน้าที่มีสุขภาพดีตามเกณฑ์ที่กำหนด		๗๐	๗๒	๗๔	๗๖	๗๘												
วัตถุประสงค์		๑. เพื่อเฝ้าระวังภาวะโภชนาการวัยทำงาน ๒. เพื่อส่งเสริมโภชนาการในวัยทำงาน ๓. เพื่อส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกในกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข																
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		๑. ความครอบคลุมประชาชนวัยทำงานอายุ ๑๙ - ๕๙ ปี ได้รับการที่ชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูงทั้งหมดร้อยละ ๙๐ ๒. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านฝ้อ																

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

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

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

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 งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๒๕. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs) ๒๕.๑ ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน ๒๕.๒ 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
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><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 colspan="5">ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs)</td></tr><tr><td>๑) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน</td><td>ร้อยละ ๔๐</td><td>ร้อยละ ๕๐</td><td>ร้อยละ ๖๐</td><td>ร้อยละ ๗๐</td></tr><tr><td>๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</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	ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs)					๑) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐
เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																				
ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง (๒ KPIs)																								
๑) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐																				
๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐																				
วิธีประเมินผล	๑. ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน A = จำนวนประชากรสงสั่ยป่วยโรคเบาหวานอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันวินิจฉัยโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า ๘ ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข โดยสามารถตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยได้ตั้งแต่ ๑ วันถัดไป หลังจากวันที่คัดกรองและเป็นผู้สงสั่ยป่วยเบาหวาน (ภายใน ๑-๑๘๐ วัน) ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวาน และเป็นกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $(A /B) \times ๑๐๐$ เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๕.๐๐ – ๕๙.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๐.๐๐ – ๖๔.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table> ๒) ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคความดันโลหิตสูง A = จำนวนประชากรกลุ่มสงสั่ยป่วยความดันโลหิตสูงอายุ 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 เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง				ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕	๑	๒	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๕.๐๐ – ๕๙.๙๙	๒	๓	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๐.๐๐ – ๖๔.๙๙	๓	๔	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๔	๕	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๗๐ ขึ้นไป	๕		
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																						
๑	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน น้อยกว่า ร้อยละ ๕๕	๑																						
๒	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๕๕.๐๐ – ๕๙.๙๙	๒																						
๓	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๐.๐๐ – ๖๔.๙๙	๓																						
๔	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ ๖๕.๐๐ – ๖๙.๙๙	๔																						
๕	การตรวจติดตามกลุ่มสงสั่ยป่วยโรคเบาหวาน 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 สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ตัวชี้วัด	๒๖ ค่าคะแนนความสำเร็จของการดำเนินงาน wellness community ๒๖.๑ อัตราการเกิดเบาหวานรายใหม่ทั้งหมดลดลง (มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕ จากปีฐาน ๒๕๖๗) ๒๖.๒ 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 ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย ๘ ชั่วโมง ๑๐๐-๑๒๕ mg/dl ในปีที่ผ่านมาในเขตรับผิดชอบ ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ในปีงบประมาณ โดยการวินิจฉัยของแพทย์ และได้รับการขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคเรื้อรัง				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ณ 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 Excellence)				
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง				
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๗. ร้อยละผู้ป่วย NCD ควบคุมน้ำตาลเบาหวานได้ ๒๗.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ๒๗.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี				
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน และได้รับการขึ้นทะเบียน/ ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘ *หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่ ๑. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจขาดเลือด I๒๐-I๒๕ ๒. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหัวใจล้มเหลว I๕๐ ๓. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคหลอดเลือดสมอง I๖๐-I๖๙ ๔. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔-๕ N๑๘.๔-N๑๘.๕ ๕. รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับ รหัสโรคลมชักและโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงด้วยรหัส = I๑๐-I๑๕ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี หมายถึง ผู้ป่วยโรคความดัน โลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < ๑๔๐ และ < ๙๐ mmHg จากการตรวจที่ สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงปีงบประมาณ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมี โรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละผู้ป่วย NCD ควบคุมน้ำตาลเบาหวานได้					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละผู้ป่วย NCD ควบคุมน้ำตาลเบาหวานได้					
๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	๔๐	๔๐	๔๒	๔๒	๔๔
๒) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	๖๘	๗๐	๗๑	๗๒	๗๒

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๗ หรือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่า ระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่าร้อยละ ๘ ๒. เพื่อให้ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันได้ดีมีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้าย < ๑๔๐ และ < ๙๐ mmHg
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวาน และผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ๒. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการขึ้นทะเบียนและอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	๑. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud ๒. กรณีสข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘ :

เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละผู้ป่วย NCD ควบคุมน้ำตาลเบาหวานได้				
๑) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐
๒) ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๖๘

วิธีการประเมินผล	ร้อยละผู้ป่วย NCD ควบคุมน้ำตาลเบาหวานได้โดยเกณฑ์การประเมินดังนี้ ๑.๑ ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี รายการที่ ๑ : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี รายการที่ ๒ : จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด สูตรคำนวณตัวชี้วัด : รายการที่ ๑ /รายการที่ ๒ x ๑๐๐ เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๔๐ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้
------------------	--

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี น้อยกว่าร้อยละ ๒๕	๑
๒	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๒๕.๐๐ – ๒๙.๙๙	๒
๓	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๓๐.๐๐ – ๓๔.๙๙	๓
๔	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๓๕.๐๐ – ๓๙.๙๙	๔
๕	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๔๐ ขึ้นไป	๕

๑.๒ ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

รายการที่ ๑ : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบที่มีระดับความดันโลหิตครั้งสุดท้ายในปีงบประมาณ ควบคุมได้ดี

รายการที่ ๒ : จำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : รายการที่ ๑/รายการที่ ๒ x ๑๐๐

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๖๘

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี น้อยกว่าร้อยละ ๖๒	๑
๒	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๖๒.๐๐ – ๖๓.๙๙	๒
๓	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๖๔.๐๐ – ๖๕.๙๙	๓
๔	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๖๖.๐๐ – ๖๗.๙๙	๔
๕	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ ๖๘ ขึ้นไป	๕

เอกสารสนับสนุน

๑. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๗ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
๒. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๗

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
๑. ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	๔๑.๓๔	๔๑.๑๗	๓๙.๗๓
๒. ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี	ร้อยละ	๗๑.๐๒	๖๔.๗๓	๗๑.๖๙

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	๑. นางณัฐนาฏ ทองมีศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๓-๕๐๒๕๕๘๕ ๒. น.ส.สุภาวดี แดงนา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๓. โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๘-๓๐๒๘๘๓๙
---	---

KPI Template กลุ่มการพยาบาล (OPD) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	KPI รพ.บ้านฝื่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด ๒๘.๑ 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) จากตัวอย่างส่งส่งตรวจ แนะนำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ครั้งต่อไป ในอีก ๕ ปี				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	๗๕	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 ตุงคโสภ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๒๒๒๒ ๓๕๖ ต่อ ๒๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๔๕๑๔ ๙๔๘๕ ชื่อ-สกุล นางศัญรัตน์ ขาติวิชัยพัฒน์ ตำแหน่ง .พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๘ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘๒๙๔๙๓๒๙																		

KPI Template กลุ่มการพยาบาล (OPD) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๘.๒ ร้อยละของสตรีอายุ ๓๐-๗๐ ปี ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (BSE)				
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) ได้รับความรู้และ สร้างความตระหนักเรื่อง การดูแลความผิดปกติของเต้านม และได้รับสอนการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง (Breast Self-Awareness หรือ Breast Self-Examination : BSE) มีการตรวจ เต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	๙๒	๙๒	๙๒	๙๓	๙๓
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ เพื่อลดผู้ป่วยมะเร็ง Stage ๓,๔				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	๑.สตรีกลุ่มเป้าหมาย (อายุ ๓๐-๗๐ ปี) คัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	- จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายและจำนวนที่ได้รับการคัดกรอง ** การบันทึกข้อมูล ๑. การคัดกรองมะเร็งเต้านม บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ (HosXP, JHCIS อื่นๆ)				
แหล่งข้อมูล	ระบบ ๔๓ แฟ้ม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข				
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก ๓ เดือน และวัดระดับ รพ.สต.				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
	เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	๑.ร้อยละของสตรี กลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจ เต้านมด้วย ตนเอง (Breast Self Examination : BSE)	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๙๒

วิธีการประเมินผล	รายการที่ ๑ : A(BSE) = จำนวนสตรีที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE รายการที่ ๒ : B(BSE) = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ต้องได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A(BSE)/B(BSE) X ๑๐๐ เป้าหมายตัวชี้วัด : ร้อยละ ๙๒ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๘</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE ร้อยละ ๘๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE ร้อยละ ๙๐</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE ร้อยละ ๙๑</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ผลงานการคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยวิธี BSE, CBE มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๙๒</td><td>๕</td></tr></table>	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
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. <u>แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็งเต้านม สถาบันมะเร็งแห่งชาติ</u>																		
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>ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination : BSE)</td><td>ร้อยละ</td><td>๗๓.๗๐</td><td>๙๒.๓๓</td><td>๙๓.๑๗</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination : BSE)	ร้อยละ	๗๓.๗๐	๙๒.๓๓	๙๓.๑๗					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗															
ร้อยละของสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง (Breast Self Examination : BSE)	ร้อยละ	๗๓.๗๐	๙๒.๓๓	๙๓.๑๗															
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑. ชื่อ นางปิยะดา ตุงคโสภา ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔- ๒๒๒๒ ๓๕๖ ต่อ ๒๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘- ๔๕๑๔ ๙๔๘๕ ๒. ชื่อ-สกุล นางศิญารัตน์ ชาตวิชัยพัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๒๙๔๔๓๒๙ ๓. น.ส.สุภาพร ศรีจิตแจ่ม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒๙๗๑๘๑๘๓ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๘																		

KPI Template กลุ่มการพยาบาล (OPD) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๒๘.๓ 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 :					
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 Plateform (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 : ประมาณการจาก 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">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ 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 ตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ≥ ร้อยละ ๘๐</td><td>ร้อยละ</td><td>๘๗.๕๖</td><td>๗๖.๔๗</td><td>๙๐.๓๐</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ร้อยละของประชากร กลุ่มเป้าหมาย อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) ได้รับการ ตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรง ≥ ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ	๘๗.๕๖	๗๖.๔๗	๙๐.๓๐					
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗															
ร้อยละของประชากร กลุ่มเป้าหมาย อายุ ๕๐-๗๐ ปี (ตามเป้าหมายรายปี) ได้รับการ ตรวจคัดกรอง มะเร็งลำไส้ใหญ่ 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. นางศิณรัตน์ ชาตวิชัยพัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘-๒๙๔-๙๓๒๙ ๓. น.ส.สุภาพร ศรีจิตแจ่ม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒-๙๗๑-๘๑๘๓ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑-๐๒๖ ต่อ ๑๗๘																		

KPI Template กลุ่มการพยาบาล (OPD) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ Service Excellence				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านฝื่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๒๘.๔ 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 หลังจากนั้นนำตัวอย่างที่เหลือมาตรวจ Liquid based cytology (LBC) ต่อ ถ้าผลเป็นบวกที่มีความผิดปกติ ≥ ASCUS จึงจะส่งตรวจ 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 :					
	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. แนวทางการตรวจคัดกรอง วินิจฉัยและรักษา โรคมะเร็งปากมดลูก สถาบันมะเร็งแห่งชาติ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				๒๕๖๕	๒๕๖๖
				๒๕๖๗	
		ร้อยละของผู้ที่มีผลการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี HPV DNA Test ผิดปกติ ได้รับการส่องกล้อง Colposcopy $\geq$ ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ	NA	๗๒.๒๒
				๕๙.๖๕	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		๑. นางปิยะดา ตุงกโสภณ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔ ๒๒๒๒ ๓๕๖ ต่อ ๒๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๔๕๑๔ ๙๔๘๕ ๒. นางศิวารัตน์ ชาตวิชัยพัฒน์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๘ ๒๙๔ ๙๓๒๙ ๓. น.ส.สุภาพร ศรีจิตแจ่ม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒๙๗๑๘๑๘๓ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๗๘			

KPI Template กลุ่มการพยาบาล (OPD) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนงาน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคมะเร็ง				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านฝื่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๒๘. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็ง ๒๘.๕ 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 เปนบวก (Positive) คือ ตรวจพบเม็ดเลือดแดงในตัวอย่างอุจจาระ การส่องกล้อง Colonoscopy หมายถึง การวินิจฉัยความผิดปกติภายในลำไส้ใหญ่ด้วยการส่องกล้องขยาย เพื่อการค้นหารอยโรคก่อนการเกิดมะเร็งและมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงในระยะต้น				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
≥ร้อยละ ๗๕		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	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘				
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :					
เกณฑ์ประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ 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>๒๘.๕ 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	๒๘.๕ 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														
๒๘.๕ 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 งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต				
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๒๙ 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 งานปฐมภูมิและองค์รวม ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านฝื่อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๓๐. 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 และมักเกิดกับผู้มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ 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) ในพื้นที่อำเภอบ้านฝื่อ 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
---	---

KPI Template งานควบคุมโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๓๑. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี				
คำนิยาม	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวน ประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน คำนวณจากจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกตั้งแต่เดือน มกราคม ๒๕๖๘ - ณ เดือนที่ประเมิน $X \frac{100,000}{\text{จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๘}}$ 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	$(A/B) \times 100,000$				
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 ปี ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗) ร้อยละ ๙			๓													
	๔	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง (ปี ๒๕๖๓ - ๒๕๖๗) ร้อยละ ๑๐ - ๑๙			๔													
	๕	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง (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>อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงเมื่อเทียบกับค่า มัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง</td><td>ต่อแสน ปชก.</td><td>(๒๖ ราย) ๒๓.๕๕/แสน ปชก.</td><td>(๕๔ ราย) ๔๘.๙๓/แสน ปชก.</td><td>(๖๓ ราย) ๕๗.๐๘/แสน ปชก.</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงเมื่อเทียบกับค่า มัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง	ต่อแสน ปชก.	(๒๖ ราย) ๒๓.๕๕/แสน ปชก.	(๕๔ ราย) ๔๘.๙๓/แสน ปชก.	(๖๓ ราย) ๕๗.๐๘/แสน ปชก.
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗														
อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ลดลงเมื่อเทียบกับค่า มัธยฐาน ๕ ปี ย้อนหลัง	ต่อแสน ปชก.	(๒๖ ราย) ๒๓.๕๕/แสน ปชก.	(๕๔ ราย) ๔๘.๙๓/แสน ปชก.	(๖๓ ราย) ๕๗.๐๘/แสน ปชก.														
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	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ				
ชื่อตัวชี้วัด	๓๒. 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 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบหรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค ๓. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละ ๘๘		ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่รักษาหายและรักษาครบกำหนด				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๗) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลบ้านฝ้อ				
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	เกณฑ์การให้คะแนนอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ไตรมาสที่ ๑ ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (เดือนตุลาคม ๒๕๖๗ – ธันวาคม ๒๕๖๗)					
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน	
	๑	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๗๔			๑	
	๒	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๗๗.๕			๒	
	๓	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๘๑			๓	
	๔	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ๘๔.๕			๔	
	๕	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ร้อยละ ≥ ๘๘			๕	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่		ร้อยละ	NA	๗๕.๑๔	๗๗.๗๐
เอกสารสนับสนุน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี กองวัณโรค					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	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	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ														
ชื่อตัวชี้วัด	๓๒.๑ 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 :															
<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 ๘๕</td><td>ร้อยละ ๘๕</td><td>ร้อยละ ๘๕</td><td>ร้อยละ ๘๘</td><td>ร้อยละ ๘๘</td></tr></table>						ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘
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 ที่รักษาในโรงพยาบาลบ้านฝ้อ														
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วย ผ่านระบบข้อมูลผู้ป่วยรายบุคคล (NTIP) และส่งให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๘ อุดรธานี 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 :					
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	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	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 จิตเวชและยาเสพติด ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านการบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ
ชื่อตัวชี้วัด	๓๓ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน ๓๓.๑ ร้อยละของผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเอง โดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD - ๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕) ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณนับตั้งแต่ วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๗-วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๘) ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย ๗ กิจกรรม ดังต่อไปนี้ ๑) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายรวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันท่วงที ๒) ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) ๓) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำเนิน ทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชน ๔) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ๕) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำเนิน การเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย ๖) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่ ๗) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ การทำร้ายตัวเองแบบไม่เจตนาเสียชีวิต (Non suicidal self-injury, NSSI) หมายถึง การกระทำโดยเจตนาที่ผ่านความคิดหรือไตร่ตรองไว้ล่วงหน้า ซึ่งนำไปสู่การทำลายเนื้อเยื่อในร่างกายให้บาดเจ็บ โดยการกระทำนั้นเป็นการกระทำที่มีได้มีเจตนาให้ตัวเองเสียชีวิต พฤติกรรมการทำร้ายตัวเองที่พบบ่อย เช่น การกรีดผิวหนัง (Cutting), การเผา (Burning), การขีดข่วน (Scratching) และการทุบตีตัวเอง (Banging or hitting) คนส่วนใหญ่ที่ทำร้ายตัวเองมักใช้วิธีการที่หลากหลาย โดยพฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อทำให้เสียชีวิต แต่ใช้เป็นวิธีจัดการกับอารมณ์ที่รุนแรง เพื่อให้ได้รับความโล่งใจจากความทุกข์ใจ หรือต้องการสื่อสารความเจ็บปวดภายในจิตใจ

เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
≤ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๗.๖ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๗.๔ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๗.๒ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๗ ต่อประชากรแสนคน
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้งภายใน ๑ ปี				
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน ๒. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของมาตรการเฝ้าระวังป้องกันฆ่าตัวตายในกลุ่มเสี่ยงโดยเฉพาะกลุ่มผู้พยายามฆ่าตัวตาย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ตัวชี้วัดหลัก : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในพื้นที่อำเภอบ้านฝ้อทุกกลุ่ม ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทุกราย ผู้ที่มีอาการทางจิตที่ใช้สารเสพติด กลุ่มเปราะบาง ตัวชี้วัดย่อย : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย เป็นผู้ที่มีประวัติมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองและได้รับการลงบันทึกในรายงาน ๕๐๖			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ตัวชี้วัดหลัก : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง ๕๐๖S ตัวชี้วัดย่อย : จำนวนผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง โดยรวบรวมจากรายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง ๕๐๖S			
แหล่งข้อมูล	๑. รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง รง๕๐๖s version ๑๑. ๒. ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต)			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ ๒๕๖๘			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๘ **หมายเหตุ สำหรับไตรมาส ๒ ใช้ประชากรปลายปี ๒๕๖๗ สำหรับไตรมาส ๓ และ ๔ ใช้ประชากรกลางปี ๒๕๖๘			
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๘			
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตัวเองทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๘			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดหลัก : $A/B*100$ ตัวชี้วัดย่อย : $C/D*100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ตัวชี้วัดหลัก : ไตรมาสที่ ๔ ตัวชี้วัดย่อย : ไตรมาสที่ ๑,ไตรมาสที่ ๒,ไตรมาสที่ ๓,ไตรมาสที่ ๔			
เกณฑ์การประเมิน : อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน				
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน		รอบ ๙ เดือน
-		-		≤ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน
เกณฑ์การประเมิน : ร้อยละของผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี				
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน		รอบ ๙ เดือน
ร้อยละ ๓๐		ร้อยละ ๕๐		ร้อยละ ๘๐

วิธีการประเมินผล

อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อประชากรแสนคน

รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ (อ้างอิงตามสถานที่เสียชีวิต) ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๘

**หมายเหตุ สำหรับไตรมาส ๒ ใช้ประชากรปลายปี ๒๕๖๗ สำหรับไตรมาส ๓ และ ๔ ใช้ประชากรกลางปี ๒๕๖๘

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : $A/B*100$

เป้าหมาย : ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≥ 8.6 ต่อประชากรแสนคน	๑
๒	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≥ 8.4 ต่อประชากรแสนคน	๒
๓	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≥ 8.2 ต่อประชากรแสนคน	๓
๔	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≥ 8.0 ต่อประชากรแสนคน	๔
๕	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ≤ 7.8 ต่อประชากรแสนคน	๕

ร้อยละของผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี

รายการข้อมูลที่ ๑ : C = จำนวนผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๘

รายการข้อมูลที่ ๒ : D = จำนวนผู้ป่วยที่พยายามทำร้ายตัวเองทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๘สูตร

คำนวณตัวชี้วัด : $C/D*100$

เป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐

เกณฑ์การให้คะแนน

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	ผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี น้อยกว่าร้อยละ ๖๘	๑
๒	ผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี ร้อยละ ๖๘.๐๐ – ๗๑.๙๙	๒
๓	ผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี ร้อยละ ๗๒.๐๐ – ๗๕.๙๙	๓
๔	ผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี ร้อยละ ๗๖.๐๐-๗๙.๙๙	๔
๕	ผู้ป่วยที่เคยทำร้ายตัวเอง ได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้ง ภายใน ๑ ปี ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	๕

เอกสารสนับสนุน :

๑. รายงานการเฝ้าระวังการทำร้ายตนเอง (ร่ง๕๐๖s version ๑๑)

๒. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	การฆ่าตัวตาย สำเร็จ	ต่อประชากรแสนคน	๔.๖	๐	๑.๘๓
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด					
	ผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการติดตาม เยี่ยมอย่างน้อย ๔ ครั้งภายใน ๑ ปี	ร้อยละ	๘๔.๓๗	๘๕	๑๐๐
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด					
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นางสาวศุภากร ธีญเดชยศดี				
	ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๗ ต่อภายใน ๒๐๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๗-๓๑๕๕๕๖๙				

KPI Template งานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘				
หมวด	PP&P Excellence ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ			
แผน	แผนงานที่ ๒ การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ			
โครงการ	โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ			
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	๓๔. 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 ยาที่มีขายภายในร้านโฆษณา และความรอบรู้ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการร้านชำ ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด			
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ระดับอำเภอ				
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
ระดับ ๓		ระดับ ๓	ระดับ ๓	ระดับ ๔
ระดับ ๓		ระดับ ๓	ระดับ ๓	ระดับ ๕
วัตถุประสงค์	๑. มุ่งเน้นพัฒนาศักยภาพด้านคุ้มครองผู้บริโภค แก่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ผู้ประกอบการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และภาคเครือข่าย ๒. เพื่าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพและทดสอบสารปนเปื้อนในร้านค้า ร้านชำ แผงลอย และตลาดสด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอบ้านผือ 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	โรงพยาบาลบ้านผือ			
ชื่อตัวชี้วัด	ข้อที่ ๓๕. 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 : คะแนนเฉลี่ยถ่วงน้ำหนักมาตรฐานสถานประกอบการด้านสุขภาพและการดำเนินการแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขภาพ				
	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 ๑ คะแนน

- สถานที่ผลิตอาหาร

น้ำหนัก ๐.๔ คะแนน

- คลินิกเอกชน

น้ำหนัก ๐.๓ คะแนน

- สถานที่ขายยา/ สถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร

น้ำหนัก ๐.๒ คะแนน

- การแก้ไขข้อร้องเรียนด้านสุขภาพ

น้ำหนัก ๐.๑ 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				

เป้าประสงค์ที่ 6

ชุมชนสามารถดูแลสุขภาพและการรักษา
พยาบาลของชุมชนขึ้นต้นด้วยตนเองมากขึ้น
ด้วยระบบผสมผสาน



KPI Template งานแพทย์แผนไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	Service Excellences ด้านบริการเป็นเลิศ				
แผน	แผนงานที่ ๕ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๓๖.ระดับความสำเร็จของการดำเนินการอำเภอ Wellness Community ๓๖.๑ จำนวน รพ.สต. ที่ดำเนินการจัดตั้ง Wellness Community				
คำนิยาม	Wellness Community หมายถึง เมืองหรือชุมชนแห่งสุขภาพ ที่มีการให้บริการการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพ 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 ส่วนวิชาดีจะสังเคราะห์กับภาวะสมดุลร้อนเย็น ทำให้โรคต่าง ๆ ลดลงและร่างกายแข็งแรงขึ้น ดังนั้นการรักษาตามหลักการแพทย์วิถีธรรม จึงใช้วิธีแก้ที่ต้นเหตุด้วยการปรับสมดุลร้อนเย็นภายในใจ โดยใช้ เทคนิค ๙ ข้อ (ยา ๙ เม็ด) ได้แก่ ๑. ยาเม็ดเสริม : การรับประทานสมุนไพรปรับสมดุลร้อนเย็น ๒. ยาเม็ดเสริม : การกัวซาหรือดูดซาหรือดูดพิษหรือดูดลม (การดูดระบายพิษทางผิวหนัง) ๓. ยาเม็ดเสริม : การสวนล้างพิษออกจากลำไส้ใหญ่ด้วยสมุนไพรที่ถูกสมดุล ร้อนเย็น (ดีที่ออกซ์) 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	ดำรงรักษา ๒๑ แห่ง	ดำรงรักษา ๒๑ แห่ง	ดำรงรักษา 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)				

KPI Template งานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการ	โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๓๗. ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center ๓๗.๑ สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hypoglycemia ๓๗.๒ สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA๑C < ๖.๕ ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ หมายถึง ผู้ป่วยอายุ ๑๘ ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยและได้รับการขึ้นทะเบียนว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ (DM Type ๒) รหัส ICD-๑๐ E๑๑.๙ หรือ E๑๑.๒-E๑๑.๔, E๑๑.๖-E๑๑.๘ ที่มีภาวะแทรกซ้อน ในระยะเวลา ๕ ปี หรือที่มีโรครวมรุนแรงใน ๑๘๐ วันที่ผ่านมา ดังนี้ - โรคไตเรื้อรัง (N๑๘.๓-N๑๘.๕) - โรคหัวใจล้มเหลวรุนแรงหรืออาการไม่คงที่ (I๕๐) - โรคหัวใจขาดเลือด (I๒๐-I๒๕) - โรคหลอดเลือดสมอง (I๖๐-I๖๙) - อัมพาต (G๘๐-G๘๓) โรคเบาหวานระยะสงบ (diabetes remission) หมายถึง โรคเบาหวานชนิดที่ ๒ ในผู้ใหญ่ที่มีอายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าระดับที่ใช้เป็นเกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานและคงอยู่อย่างน้อย ๓ เดือน โดยไม่ต้องใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด Hypoglycemia หมายถึง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ พบได้บ่อยในผู้เป็นเบาหวาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายที่ใช้ยา insulin หรือ sulfonylureas (SU) รายที่มีปัญหาตับหรือไตเสื่อม เป็นต้น - น้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับ ๑ คือระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๗๐ mg/dL แต่ยังคงมากกว่าหรือเท่ากับ ๕๔ mg/dL ซึ่งผู้ป่วยยังคงรู้ตัว แก้ไขด้วยตนเองโดยการรับประทานได้ - น้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับ ๒ คือระดับน้ำตาลในเลือด น้อยกว่า ๕๔ mg/dL ส่งผลให้เสี่ยงต่อการผิดปกติของการรับรู้สติและเสียชีวิต - น้ำตาลในเลือดต่ำ ระดับ ๓ คือ มีอาการรุนแรง ไม่รู้สติต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นโดยด่วน การดำรงชีวิตประจำวันได้ตามปกติ (Normal Lifestyle) หมายถึง ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ หรืออยู่ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน ซึ่งภาวะนี้เกิดขึ้นหลังจากการปรับพฤติกรรมการดำรงชีวิตให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบ ระยะการหยุดยา หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ เริ่มไม่ใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ หรืออยู่ต่ำกว่าเกณฑ์วินิจฉัยโรคเบาหวาน

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center					
๑) สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hypoglycemia	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๕๐
๒) สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA๑C < ๖.๕ ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน	ร้อยละ ๑๐	ร้อยละ ๑๒	ร้อยละ ๑๔	ร้อยละ ๑๖	ร้อยละ ๒๐
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อพัฒนาการบริการการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ เข้าสู่ระยะสงบ (Remission service) ๒. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่ระยะสงบ ๓. เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยเป็นเบาหวานชนิดที่ ๒ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีหยุดยาเบาหวานได้ (เข้าสู่ระยะสงบ) และลดค่าใช้จ่ายในการรักษา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป สัญชาติไทยในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic หมายเหตุ : ผู้ป่วยที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPEAREA IN (“๑”, “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) PERSON.NATION=“๐๙๙” (สัญชาติไทย) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย PERSON.DISCARGE=“๙” (ไม่จำหน่าย) โดยตัดคนตายก่อนงบประมาณ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑) โปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้มในระบบ Health Data Center (HDC) ๒) ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส และรายปี				
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์ประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center					
๑) สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hypoglycemia		-	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๒๕	ร้อยละ ๓๐
๒) สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA๑C < ๖.๕ ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน		-	ร้อยละ ๕	ร้อยละ ๗	ร้อยละ ๑๐

วิธีการประเมินผล

ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center โดยเกณฑ์การประเมินดังนี้

๑.๑ สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hypoglycemia

รายการที่ ๑ : A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปที่เขาเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ และได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมระดับ HbA๑c < ๖.๕ % และคงอยู่อย่างน้อย ๙๐ วัน โดยลดยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

รายการที่ ๒ : B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปที่เขาเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A/B x ๑๐๐

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๓๐

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี น้อยกว่าร้อยละ ๒๔	๑
๒	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๒๔.๐๐ – ๒๕.๙๙	๒
๓	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๒๖.๐๐ – ๒๗.๙๙	๓
๔	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๒๘.๐๐ – ๒๙.๙๙	๔
๕	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๓๐ ขึ้นไป	๕

๑.๒ สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA๑C < ๖.๕ ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน

รายการที่ ๑ : A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปที่เขาเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ และได้รับการดูแลรักษาจนสามารถควบคุมระดับ HbA๑c < ๖.๕ % และคงอยู่อย่างน้อย ๙๐ วัน โดยไม่ใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

รายการที่ ๒ : B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ ๒ อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไปที่เขาเกณฑ์และสมัครใจเข้าร่วม NCDs remission clinic ในเขตรับผิดชอบ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด : A/B x ๑๐๐

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๑๐

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี น้อยกว่าร้อยละ ๖	๑
๒	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๗	๒
๓	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๘	๓
๔	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๙	๔
๕	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ ๑๐ ขึ้นไป	๕

เอกสารสนับสนุน	๑. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไทร้ท่อแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๖). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ๒๕๖๖.กรุงเทพฯ. ๒. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย. (๒๕๖๕). แนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ให้เข้าสู่โรคเบาหวานระยะสงบด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มงวดสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. กรุงเทพฯ.																											
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 colspan="5">ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center</td></tr><tr><td>๑) สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hypoglycemia</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>๒) สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA๑C < ๖.๕ ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน</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	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center					๑) สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hypoglycemia	ร้อยละ	NA	NA	NA	๒) สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA๑C < ๖.๕ ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน	ร้อยละ	NA	NA	NA
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																										
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																								
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่เข้าร่วม NCDs Remission Clinic ที่ศูนย์ Wellness Center																												
๑) สามารถลดยาได้ และไม่เกิด Hypoglycemia	ร้อยละ	NA	NA	NA																								
๒) สามารถหยุดยาได้ และมีค่า HbA๑C < ๖.๕ ต่อเนื่องอย่างน้อย ๓ เดือน	ร้อยละ	NA	NA	NA																								
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																											

เป้าประสงค์ที่ 7

เป็นโรงพยาบาลที่มีการบริหารตามหลัก
ธรรมาภิบาลอย่างยั่งยืน



KPI Template งานบริหารทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)
แผนงาน	แผนงาน การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๓๘. ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาลบ้านผือ
คำนิยาม	ITA (Integrity and Transparency Assessment : ITA) การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการด าเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (เป็นเครื่องมือการประเมินเชิงบวกเพื่อเป็นมาตรการป้องกันการทุจริต และเป็นกลไกในการสร้างความตระหนักให้หน่วยงานภาครัฐมีการดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม ซึ่งประกอบด้วย ๑๐ ตัวชี้วัด ดังนี้ ๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ การปฏิบัติหน้าที่ ๒. ตัวชี้วัดที่ ๒ การใช้งบประมาณ ๓. ตัวชี้วัดที่ ๓ การใช้อำนาจ ๔. ตัวชี้วัดที่ ๔ การใช้ทรัพย์สินของทางราชการ ๕. ตัวชี้วัดที่ ๕ การแก้ไขปัญหาการทุจริต ๖. ตัวชี้วัดที่ ๖ คุณภาพการดำเนินงาน ๗. ตัวชี้วัดที่ ๗ ประสิทธิภาพการสื่อสาร ๘. ตัวชี้วัดที่ ๘ การปรับปรุงระบบการทำงาน ๙. ตัวชี้วัดที่ ๙ การเปิดเผยข้อมูล ๑๐. ตัวชี้วัดที่ ๑๐ การป้องกันการทุจริต หลักเกณฑ์การประเมิน ITA ประกอบด้วย ๓ เครื่องมือ โดยมีผลรวมคะแนน ร้อยละ ๑๐๐ ดังนี้ แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน (Internal Integrity and Transparency Assessment :IIT) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบเลือกค าดตอบตามการรับรู้ของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายใน เป็นการประเมินระดับการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายในที่มีต่อหน่วยงานตนเอง โดยวัดการรับรู้ ๕ ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดที่ ๑ – ตัวชี้วัดที่ ๕) โดยมีค่าน้ำหนักร้อยละ ๓๐ แบบวัดการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก (External Integrity and Transparency Assessment: EIT) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบเลือกค าดตอบตามการรับรู้ของตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอก เป็นการประเมินระดับการรับรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียภายนอกที่มีต่อหน่วยงานที่ประเมิน โดยวัดการรับรู้ ๓ ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดที่ ๖ –ตัวชี้วัดที่ ๘) โดยมีค่าน้ำหนักร้อยละ ๓๐ แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (Open Data Integrity and Transparency Assessment: OIT) เป็นแบบวัดที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบมีหรือไม่มีการเปิดเผยข้อมูล พร้อมทั้งระบุ URL เพื่อเชื่อมโยงไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลจากเว็บไซต์ของหน่วยงาน เป็นการประเมินระดับการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะของหน่วยงานเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเว็บไซต์หลักของหน่วยงานได้ ประกอบด้วย ๒ ตัวชี้วัด (ตัวชี้วัดที่ ๙ – ตัวชี้วัดที่ ๑๐) โดยมีค่าน้ำหนักร้อยละ ๔๐

เกณฑ์เป้าหมาย : ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาลบ้านผือ																						
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑																		
	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๖	ร้อยละ ๙๘	ร้อยละ ๑๐๐																		
				ร้อยละ ๑๐๐																		
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินและยกระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการป้องกันและปราบปรามการทุจริต รวมถึงการส่งเสริมธรรมาภิบาล																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ได้แก่ งานพัสดุ งานการเงิน งานบริหาร งานทรัพยากรบุคคล งานยุทธศาสตร์ งานประกันสุขภาพ กลุ่มการพยาบาล เป็นต้น																					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)																					
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๐ ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Base Integrity and Transparency Assessment เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ																					
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเอง ดังนี้ ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๓ รอบ ๙ เดือน (เดือนมิถุนายนของทุกปี) ไตรมาสที่ ๔ รอบ ๑๒ เดือน (เดือนกันยายนของทุกปี)																					
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ : ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาลบ้านผือ																						
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน																		
	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๘๔	ร้อยละ ๘๙	ร้อยละ ๙๔																		
วิธีการประเมินผล :	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาลบ้านผือ รายการข้อมูลที่ ๑ : A= ค่าคะแนนประเมิน ITA ที่ทำได้ รายการข้อมูลที่ ๒ : B= ค่าคะแนนประเมิน ITA ทั้งหมด สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : A/B*๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๔																					
	<table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๐.๐๐ -๘๔.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๕.๐๐ – ๘๙.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๐.๐๐ – ๙๔.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๕ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>				ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	๑	๒	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๐.๐๐ -๘๔.๙๙	๒	๓	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๕.๐๐ – ๘๙.๙๙	๓	๔	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๐.๐๐ – ๙๔.๙๙	๔	๕	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๕ ขึ้นไป	๕
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																				
๑	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐	๑																				
๒	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๐.๐๐ -๘๔.๙๙	๒																				
๓	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๕.๐๐ – ๘๙.๙๙	๓																				
๔	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๐.๐๐ – ๙๔.๙๙	๔																				
๕	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาล ร้อยละ ๙๕ ขึ้นไป	๕																				

	เกณฑ์การประเมินในแต่ละไตรมาส ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ประเมินในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อเชื่อมโยง ไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๕ ข้อ ใน ๒ ตัวชี้วัด ทั้งนี้หน่วยงานต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ ๕ ร้อยละ ๘๐ ดังนี้ ๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ การเปิดเผยข้อมูลจำนวน ๒ ข้อ ได้แก่ ข้อ MOIT ๑- MOIT ๒ ๒. ตัวชี้วัดที่ ๒ การจัดซื้อจัดจ้างหรือการจัดหาพัสดุจำนวน ๓ ข้อ ได้แก่ ข้อ MOIT ๓- MOIT ๕ ไตรมาสที่ ๒ - ไตรมาสที่ ๔ (รอบ ๖,๙ และ ๑๒ เดือน) ประเมินในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ตามข้อกำหนดของแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOIT) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ เพื่อเชื่อมโยง ไปสู่แหล่งที่อยู่ของการเปิดเผยข้อมูล จำนวน ๒๒ ข้อ ใน ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัดการจัดซื้อจัดจ้างหรือการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการป้องกันการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการป้องกันการใช้อำนาจพิเศษของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินการเพื่อป้องกันการทุจริต (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<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>ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาลบ้านผือ</td><td>ร้อยละ</td><td>๑๐๐</td><td>๙๘.๒๖</td><td>๑๐๐</td><td>๙๕.๔๕</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาลบ้านผือ	ร้อยละ	๑๐๐	๙๘.๒๖	๑๐๐	๙๕.๔๕
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.													
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗												
ค่าคะแนนเกณฑ์การประเมิน ITA ของโรงพยาบาลบ้านผือ	ร้อยละ	๑๐๐	๙๘.๒๖	๑๐๐	๙๕.๔๕												
เอกสารสนับสนุน:	- แบบสำรวจใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity & Transparency Assessment) ที่สำนักงาน ป.ป.ช. กำหนด																
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลบ้านผือ ๑) ชื่อ – สกุล นางสาวชัชริย์ ขาวดร ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๖๑๕๐๔๑๕ โทร ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๑๑ ๒) ชื่อ-สกุล นายชัยสิทธิ์ ทาปลัด ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙-๖๒๐๖๘๒๕ โทร ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๑๑																

KPI Template งานบริหารทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)				
แผนงาน	แผนงาน การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ				
โครงการ	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๓๙. ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ของ โรงพยาบาลบ้านผือ				
คำนิยาม	การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ ด้านการดำเนินงาน ด้านรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมายระเบียบ และข้อบังคับ ระบบการควบคุมภายในด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (Electronics Internal Audit : EIA) หมายถึง การนำเทคโนโลยีสารสนเทศทางคอมพิวเตอร์ มาช่วยประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ด้วยระบบ ควบคุมภายใน โดยระบบจะเชื่อมโยงการประมวลผลกับฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จึงสามารถทราบผลการประเมินได้ทันที ทำให้เกิดการคล่องตัว สะดวก รวดเร็ว ลดระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความน่าเชื่อถือของข้อมูลสารสนเทศ ส่งผลต่อการกำกับดูแลการดำเนินงานและการตัดสินใจของผู้บริหาร หน่วยงานที่รวดเร็วและสะดวกขึ้น ทั้งนี้ การ ประเมินด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ มีการประมวลผลข้อมูลการประเมินการควบคุมภายใน ๕ มิติ ได้แก่ ๑. มิติด้านการเงิน ๒. มิติด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล ๓. มิติด้านงบการเงิน ๔. มิติด้านบริหารพัสดุ ๕. มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง				
เกณฑ์เป้าหมาย : ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ของ รพ.บ้านผือ					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ร้อยละ ๙๐		ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๔
วัตถุประสงค์	เพื่อมุ่งเน้นให้หน่วยงานมีระบบการควบคุมภายในที่เพียงพอ มีการกำกับดูแลอย่างต่อเนื่อง และดำเนินงานให้เป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบ หลักเกณฑ์ และข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล ได้แก่ งานพัสดุ งานการเงิน งานบริหาร กลุ่มงานดิจิทัลและสารสนเทศ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ๕ มิติ และแบบประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง ๕ มิติ ที่เว็บไซต์กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข หรือ URL : https://eia.moph.go.th/app/				
แหล่งข้อมูล	สรุปรายงานประจำปี ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง ๕ มิติ ได้แก่				
	๑. มิติด้านการเงิน ๒. มิติด้านจัดเก็บรายได้คำรักษาพยาบาล ๓. มิติด้านงบการเงิน ๔. มิติด้านบริหารพัสดุ ๕. มิติด้านระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง				

ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๒																						
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ : ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ของ โรงพยาบาลบ้านผือ																							
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน		รอบ ๙ เดือน																			
แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานของระบบตรวจสอบภายในด้วยระบบ EIA ๕ มิติ		หน่วยงานแนบไฟล์เอกสารตามแบบประเมินประสิทธิภาพการเงินการคลัง ๕ มิติ (ร้อยละ ๙๐)		-																			
				การประเมินแต่ละมิติ ที่มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ ๙๐ หน่วยงานต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กร																			
วิธีการประเมินผล :		ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ของ โรงพยาบาลบ้านผือ รายการข้อมูลที่ ๑ : A= ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ที่ได้ รายการข้อมูลที่ ๒ : B= ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ทั้งหมด สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : A/B*๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๙๐																					
		<table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๗๕.๐๐ - ๗๙.๙๙</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๘๐.๐๐ - ๘๔.๙๙</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๘๕.๐๐ - ๘๙.๙๙</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป</td><td>๕</td></tr></table>				ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕	๑	๒	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๗๕.๐๐ - ๗๙.๙๙	๒	๓	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๘๐.๐๐ - ๘๔.๙๙	๓	๔	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๘๕.๐๐ - ๘๙.๙๙	๔	๕	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป	๕
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																					
๑	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) น้อยกว่า ร้อยละ ๗๕	๑																					
๒	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๗๕.๐๐ - ๗๙.๙๙	๒																					
๓	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๘๐.๐๐ - ๘๔.๙๙	๓																					
๔	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๘๕.๐๐ - ๘๙.๙๙	๔																					
๕	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป	๕																					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		<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>ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ของ รพ.บ้านผือ</td><td>ร้อยละ</td><td>๘๙.๔๓</td><td>๙๒.๘๖</td><td>๘๙.๕๕</td><td>๙๐.๘๗</td></tr></table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ของ รพ.บ้านผือ	ร้อยละ	๘๙.๔๓	๙๒.๘๖	๘๙.๕๕	๙๐.๘๗		
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																					
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																		
ค่าคะแนนการประเมินการจัดวางระบบควบคุมภายใน (EIA) ของ รพ.บ้านผือ	ร้อยละ	๘๙.๔๓	๙๒.๘๖	๘๙.๕๕	๙๐.๘๗																		
เอกสารสนับสนุน:		- คู่มือการใช้โปรแกรม ระบบตรวจสอบภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ ๕ มิติ สำหรับผู้ประเมินและรับรองการประเมินหน่วยงาน กระทรวงสาธารณสุข																					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		โรงพยาบาลบ้านผือ ๑) ชื่อ - สกุล นางสาวชัชริย์ ขาวดร ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๖๑๕๐๔๑๕ โทร ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๑๑ ๒) ชื่อ-สกุล นายชัยสิทธิ์ ทาปลัด ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙-๖๒๐๖๘๒๕ โทร ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๑๑																					

KPI Template งานยุทธศาสตร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	๔. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผน	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	ข้อ ๔๐ ค่าคะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ๓ หมวดดังนี้ หมวดที่ ๑ แผนงาน/โครงการ แผนยุทธศาสตร์หรือแผนกลยุทธ์ (Strategy Plan) หมายถึง แผนที่แสดงทิศทางหรือแนวทางปฏิบัติตามพันธกิจ และภารกิจให้บรรลุตามวิสัยทัศน์และเป้าประสงค์ของส่วนราชการมีการกำหนดเป้าหมายระยะยาวที่แน่ชัด การกำหนดแนวทางดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ตามพันธกิจ (Mission) ขององค์กร โดยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างองค์กรให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม โดยเฉพาะผู้ที่ได้รับประโยชน์จากองค์กร (Stakeholders) นับเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจ และการกำหนดนโยบายขององค์กร แผนปฏิบัติราชการ หมายถึง แผนของหน่วยราชการที่แปลงแผนบริหารราชการแผ่นดิน ตามพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖ กำหนดให้ส่วนราชการจัดทำแผนปฏิบัติราชการไว้เป็นการล่วงหน้า และแผนปฏิบัติราชการดังกล่าวต้องมีรายละเอียดของขั้นตอน ระยะเวลา และงบประมาณที่จะต้องใช้ในการดำเนินการของแต่ละขั้นตอน เป้าหมายของภารกิจ ผลสัมฤทธิ์ และ ตัวชี้วัดของภารกิจของหน่วยงาน และได้รับการอนุมัติจาก นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี แผนงาน หมายถึง กิจกรรมหรือกรอบแนวทางการดำเนินงาน โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย ตัวชี้วัด ระยะเวลาดำเนินงาน และทรัพยากรไว้อย่างชัดเจน เพื่อสามารถดำเนินการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และกลุ่มเป้าหมาย เกิดความสอดคล้องกับงบประมาณ มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดที่ชัดเจน และมีการประเมินผลเพื่อวัดความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โครงการ หมายถึง งานนโยบายหรืองานประเด็นสำคัญ ที่มีการฝึกอบรม การประชุมทางวิชาการหรือประชุมเชิงปฏิบัติการ การดูงาน การฝึกงาน ที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าอย่างเป็นระบบ มีวัตถุประสงค์ คือ พัฒนาบุคลากร เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น บรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ภายในระยะเวลาที่แน่นอน โดยมีการใช้ทรัพยากรต่างๆ เช่น งบประมาณ บุคลากร วัสดุอุปกรณ์ มีจุดเริ่มต้นและจุดสิ้นสุดที่ชัดเจน และมีการประเมินผลเพื่อวัดความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ระบบติดตามแผนปฏิบัติการ หมายถึง ระบบติดตามแผนปฏิบัติราชการ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้งานในระบบ Internet ที่มีข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์สำหรับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานตามแผนฯ โดยมีข้อมูล แผนปฏิบัติการ (โครงการ/แผนงาน) สถานะการดำเนินงาน และงบประมาณ หมวดที่ ๒ KPI Template KPI Template หมายถึง รายละเอียดตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการของงาน ภายใต้หน่วยงานที่ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และกลุ่มเป้าหมาย เกิดความสอดคล้องกับงบประมาณ แบบสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ รอบกลางปี (แบบฟอร์ม ๑) หมายถึง แบบสรุปรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามประเด็นยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน แบ่งตามประเด็นตัวชี้วัดของโรงพยาบาลบ้านผือ และตัวชี้วัด คปสอ.บ้านผือ ที่สามารถดำเนินงานได้ทั้งบรรลุและไม่บรรลุตามยุทธศาสตร์

	ตัวชี้วัด (KPI) หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ในการวัดและประเมินผลของงานภายใต้หน่วยงานที่ตกลงร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงานและผู้บังคับบัญชา เพื่อให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และกลุ่มเป้าหมาย เกิดความสอดคล้องกับงบประมาณ หมวดที่ ๓ ระบบติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ระบบติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) หมายถึง ระบบติดตามตัวชี้วัด (KPI) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ ใช้งานในระบบ Internet ที่มีข้อมูลเพื่อใช้ในการบริหารจัดการเชิงยุทธศาสตร์สำหรับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานตามตัวชี้วัด โดยมีข้อมูล ตัวชี้วัด MOU สสจ.อุดรธานี/ตัวชี้วัด โรงพยาบาลบ้านผือ ค่าน้ำหนัก ค่าเป้าหมาย และค่าผลงาน
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
	๘๐	๘๒	๘๔	๘๖	๘๘
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้หน่วยงานมีแผนและใช้แผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ๒. เพื่อติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่แสดงให้เห็นถึงศักยภาพของการทำงานของ ผู้ปฏิบัติงานและนำไปสู่การดำเนินงานของหน่วยงานที่บรรลุตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่กำหนดไว้				
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้รับผิดชอบแผนงาน/โครงการ ๒. ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI)				
วิธีการจัดเก็บ ข้อมูล	๑. เล่มแผนปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข คปสอ.บ้านผือ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ๒. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ๒.๑ ระบบติดตามแผนปฏิบัติการ ๒.๒ ระบบติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ๓. KPI Template				
แหล่งข้อมูล	เล่มแผนปฏิบัติราชการด้านสาธารณสุข คปสอ.บ้านผือ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๘/การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์				
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส ๑-๔ ตามเกณฑ์การประเมินที่กำหนด				

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ค่าคะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	-	ระดับที่ ๑ : ๑๕ คะแนน	ระดับที่ ๒ ๑๕ คะแนน	ระดับที่ ๑ : ๑๕ คะแนน ระดับที่ ๒ : ๑๕ คะแนน ระดับที่ ๓ : ๑๐ คะแนน ระดับที่ ๔ : ๖๐ คะแนน เป้าหมาย ร้อยละ ๘๐

วิธีการ ประเมินผล	ค่าคะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ โดยมีค่าน้ำหนักคะแนน ๑ คะแนน แบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้		
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
	ระดับที่ ๑	แผนงาน/โครงการ (ค่าน้ำหนักคะแนน ๐.๑๕ คะแนน) โดยมีเกณฑ์คะแนน ประเมินทั้งหมด ๕ คะแนนเต็ม ๑) มีการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข และมีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปี ได้ ๑ คะแนน ๒) มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการประจำปี และดำเนินการตามระยะเวลาที่กำหนด ได้ ๑ คะแนน ๓) มีการส่งรายงานสรุปผลการดำเนินงาน ได้ ๐.๕ คะแนน ๔) มีการส่งรายงานสรุปผลการดำเนินงาน ตามระยะเวลาที่กำหนด ได้ ๐.๕ คะแนน ๕) แผนงาน/โครงการ บรรลุตามวัตถุประสงค์ ได้ ๒ คะแนน การประเมินผล A : คะแนนประเมินแผนงาน/โครงการ (คะแนนประเมินที่ได้ x จำนวนแผนงาน/โครงการ ในไตรมาสที่ ๒/ไตรมาสที่ ๔) B : คะแนนการดำเนินงานแผนงาน/โครงการ ทั้งหมด (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน x จำนวนแผนงาน/โครงการ ในไตรมาสที่ ๒/ไตรมาสที่ ๔) โดยมีสูตรการคำนวณ : $A/B \times 100$ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐ ติดตาม ทุกไตรมาสที่ ๒ ไตรมาสที่ ๔	๑๕ คะแนน
	ระดับ ๒	KPI Template และแบบสรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ (แบบฟอร์ม ๑) (ค่าน้ำหนักคะแนน ๐.๑๕ คะแนน) โดยมีเกณฑ์คะแนน ประเมินทั้งหมด ๕ คะแนนเต็ม ๑) ผู้รับผิดชอบงานส่งข้อมูล KPI Template (รอบที่ ๑) ได้ ๑.๕ คะแนน ๒) ผู้รับผิดชอบงานส่งข้อมูล แบบฟอร์มที่ ๑ (รอบที่ ๑) ได้ ๑.๕ คะแนน ๓) ผู้รับผิดชอบงานส่งข้อมูล KPI Template (แก้ไข) ได้ ๐.๕ คะแนน ๔) ผู้รับผิดชอบงานส่งข้อมูล KPI Template (แก้ไข) ตามระยะเวลาที่กำหนด ได้ ๐.๕ คะแนน ๕) ผู้รับผิดชอบงานส่งข้อมูล แบบฟอร์มที่ ๑ (แก้ไข) ได้ ๐.๕ คะแนน ๖) ผู้รับผิดชอบงานส่งข้อมูล แบบฟอร์มที่ ๑ (แก้ไข) ตามระยะเวลาที่กำหนด ได้ ๐.๕ คะแนน การประเมินผล A : คะแนนประเมิน KPI Template (คะแนนประเมินที่ได้ x จำนวน KPI ทั้งหมด) B : คะแนนประเมิน KPI Template ทั้งหมด (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน x จำนวน KPI ทั้งหมด) โดยมีสูตรการคำนวณ : $A/B \times 100$ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๘๐ กำหนดการส่งข้อมูล ภายในวันที่ ๓๐ พ.ค. ๒๕๖๘	๑๕ คะแนน
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน

	ระดับ ๓ ระบบติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) (ค่าน้ำหนักคะแนน ๐.๑๐ คะแนน) แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จระดับโรงพยาบาล (ค่าน้ำหนักคะแนน ๐.๐๕ คะแนน) ส่วนที่ ๒ ติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จระดับ คปสอ. (ค่าน้ำหนักคะแนน ๐.๐๕ คะแนน) โดยมีเกณฑ์คะแนน ประเมินทั้งหมด ๕ คะแนนเต็ม ๑. ผู้รับผิดชอบงานลงข้อมูลตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ได้ ๑.๕ คะแนน ๒. ผู้รับผิดชอบงานลงข้อมูลตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ในระยะเวลาที่กำหนด ได้ ๐.๕ คะแนน ๓. ตัวชี้วัดความสำเร็จบรรลุตามค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ ได้ ๓ คะแนน การประเมินผล A : คะแนนประเมิน KPI (คะแนนประเมินที่ได้ x จำนวน KPI ทั้งหมดแต่ละระดับ) B : คะแนนประเมิน KPI ทั้งหมด (คะแนนเต็ม ๔ คะแนน x จำนวน KPI ทั้งหมดแต่ละระดับ) โดยมีสูตรการคำนวณ : A/B*๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ๑. ติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ระดับโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๐ ๒. ติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จ (KPI) ระดับ คปสอ. ร้อยละ ๘๐ ติดตามไตรมาสที่ ๔ ระดับที่ ๔ ผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัด (KPI) (ค่าน้ำหนักคะแนน ๐.๖๐ คะแนน) แบ่งออกเป็น ๒ ส่วน คือ ส่วนที่ ๑ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดความสำเร็จระดับโรงพยาบาล (ค่าน้ำหนักคะแนน ๐.๓๐ คะแนน) ส่วนที่ ๒ ผลการดำเนินงานตามติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จระดับ คปสอ. (ค่าน้ำหนักคะแนน ๐.๓๐ คะแนน) การประเมินผล A : ค่าคะแนนถ่วงน้ำหนักทั้งหมด B : ค่าคะแนนทั้งหมด โดยมีสูตรการคำนวณ : A/B*๑๐๐ ค่าเป้าหมาย : ๑. ผลการดำเนินงานตาม ตัวชี้วัดความสำเร็จระดับโรงพยาบาล ร้อยละ ๘๐ ๒. ผลการดำเนินงานตามติดตามตัวชี้วัดความสำเร็จระดับ คปสอ. ร้อยละ ๘๐ ๑๐ คะแนน													
เอกสารสนับสนุน	๑. เอกสารแผนงาน/โครงการจัดทำแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ๒. เอกสารเล่มแผนปฏิบัติการด้านสาธารณสุข ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ ๓. การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมคอมพิวเตอร์													
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>ค่าคะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>NA</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	ค่าคะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	ร้อยละ	-	-	NA
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.										
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗										
ค่าคะแนนระดับความสำเร็จในการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์	ร้อยละ	-	-	NA										

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ชื่อ – สกุล นางสาวโสภิตา หมั่นแก้วคราม ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๐๒๘ ต่อ ๑๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๕-๕๖๙๘๘๗๗
	ชื่อ – สกุล นางสาวฉัตรธิดา กุลราช ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๐๒๘ ต่อ ๑๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๕๖๐๙๒๖๙
	ชื่อ – สกุล นางสาวอภิญญา นະະະศรี ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๐๒๘ ต่อ ๑๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๗-๔๙๒๖๕๐๘

เป้าประสงค์ที่ 8

บุคลากรมีเพียงพอและมีสมรรถนะในการ
ปฏิบัติงานและความพึงพอใจ



KPI Template งานบริหารทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)
แผนงาน	แผนงานการพัฒนากระบวนการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
โครงการ	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๔๑.จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นตามยุทธศาสตร์องค์กร ตามกรอบ FTE ๔๑.๑ จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น (คน) ๔๑.๒ จำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น (คน) ๔๑.๓ ร้อยละเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office)
คำนิยาม	กรอบอัตรากำลัง หมายถึง การกำหนดจำนวนกำลังคนที่ควรมีตามภารกิจและหน้าที่ของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับเป็นกรอบที่ใช้ในปี ๒๕๖๕ – ๒๕๖๙ และจำนวนคนที่ควรมีรวมการจ้างทุกประเภทได้แก่ ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) FTE (Full Time Equivalent) หมายถึง การวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลัง ด้วยการคำนวณภาระงานจากเวลามาตรฐานที่ใช้ในการให้บริการ บุคลากรสายวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การตรวจประเมินและการบำบัดโรค การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วย การบรรเทา และการดูแลรักษาจากการเจ็บป่วยโดยนำหลักวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ใช้ บุคลากรสาย Back Office หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการในหน้าที่สายสนับสนุนบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการกระทำต่อมนุษย์ ปฏิบัติงานเกี่ยวกับระบบงานบริหารจัดการ การสนับสนุนการให้บริการของหน่วยงาน บุคลากรสายสนับสนุนวิชาชีพ หมายถึง ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการปฏิบัติงานของ บุคลากรสายวิชาชีพ ซึ่งไม่ใช่ตำแหน่งสายงานข้าราชการ แต่ปฏิบัติหน้าที่และมีภาระงานสอดคล้องกับตำแหน่งสาย งานข้าราชการในแต่ละสายงานนั้น ๆ เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ผู้ช่วยทันตกรรม บุคลากรสายสนับสนุน Back Office หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานที่มีภาระงานที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งงานต่าง ๆ ในหน่วยงานสนับสนุนบริการ (back office) ซึ่งไม่ใช่ตำแหน่งสายงานข้าราชการ แต่ปฏิบัติหน้าที่และมีภาระงานสอดคล้องกับตำแหน่งสายงานข้าราชการในแต่ละสายงานนั้น ๆ เช่น พนักงานเก็บเงิน พนักงานบริการ พนักงานพัสดุ การคำนวณอัตรากำลังตามภาระงาน (FTE) อัตรากำลังบุคลากรสายสนับสนุนวิชาชีพ ให้มีได้ไม่เกินร้อยละ ๔๕ ของกรอบสายงานวิชาชีพที่ปฏิบัติในหน่วยบริการ บุคลากรสายสนับสนุน Back Office ให้มีได้ไม่เกินร้อยละ ๘๐ ของกรอบสายงาน Back Office จำนวนเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น จึงเป็นการวัดการเพิ่มขึ้น ตามกรอบ FTE และใช้วิธีการเพิ่มตาม ๑. Service Based หมายถึง การกำหนดเกณฑ์มาตรฐานอัตรากำลังขั้นต่ำที่ควรมีเพื่อให้บริการประชาชนได้ตามเป้าหมายที่กำหนด ๒. Proxy หมายถึง ค่าสัดส่วนของภาระงานที่จำแนกตามระดับของโรงพยาบาล

	นายแพทย์ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งนายแพทย์ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค ฟื้นฟู ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุม ป้องกันโรค และภัยสุขภาพของประชาชน พยาบาลวิชาชีพ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานการพยาบาล ซึ่งมีลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติ โดยผู้ได้รับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลชั้นหนึ่ง หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่เกี่ยวข้องโดยตรงต่อชีวิต สุขภาพและอนามัยของประชาชนทั้ง ในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน																																	
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นตามยุทธศาสตร์องค์กร ตามกรอบ FTE ๑. จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น (คน) <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>เพิ่มขึ้น ๒ คน</td><td>เพิ่มขึ้น ๒ คน</td><td>เพิ่มขึ้น ๒ คน</td><td>เพิ่มขึ้น ๒ คน</td><td>เพิ่มขึ้น ๒ คน</td></tr></table> ๒. จำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น (คน) <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>เพิ่มขึ้น ๑๐ คน</td><td>เพิ่มขึ้น ๑๐ คน</td><td>เพิ่มขึ้น ๑๐ คน</td><td>เพิ่มขึ้น ๑๐ คน</td><td>เพิ่มขึ้น ๑๐ คน</td></tr></table> ๓. ร้อยละของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) <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>๔๐/๖๕</td><td>๔๕/๗๐</td><td>๔๕/๘๐</td><td>๔๕/๘๐</td><td>๔๕/๘๐</td></tr></table>					ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	เพิ่มขึ้น ๒ คน	เพิ่มขึ้น ๒ คน	เพิ่มขึ้น ๒ คน	เพิ่มขึ้น ๒ คน	เพิ่มขึ้น ๒ คน	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	๔๐/๖๕	๔๕/๗๐	๔๕/๘๐	๔๕/๘๐	๔๕/๘๐
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒																														
เพิ่มขึ้น ๒ คน	เพิ่มขึ้น ๒ คน	เพิ่มขึ้น ๒ คน	เพิ่มขึ้น ๒ คน	เพิ่มขึ้น ๒ คน																														
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒																														
เพิ่มขึ้น ๑๐ คน	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน																														
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒																														
๔๐/๖๕	๔๕/๗๐	๔๕/๘๐	๔๕/๘๐	๔๕/๘๐																														
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อยกระดับโรงพยาบาลบ้านผือ ให้เป็นโรงพยาบาลทั่วไป ที่มีคุณภาพและขีดความสามารถของโรงพยาบาลทั่วไประดับ A+ ๒. เพื่อให้หน่วยงานมีจำนวนพยาบาลวิชาชีพที่เพียงพอต่อการะงานบริการสุขภาพและสอดคล้องกับกรอบอัตรากำลังตามยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยเน้นการเพิ่มจำนวนพยาบาลวิชาชีพอย่างมีคุณภาพและยั่งยืน รองรับการให้บริการที่มีประสิทธิภาพแก่ประชาชน ๓. เพื่อเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน โรงพยาบาลบ้านผือ ให้เพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐานอัตรากำลังคนขั้นต่ำที่ควรมี และเหมาะสมกับสัดส่วนของภาระงานที่จำเป็นของหน่วยงานในโรงพยาบาลเพื่อให้บริการประชาชนได้ตามเป้าหมายที่กำหนด																																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. แพทย์เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านผือทั้งหมด ๒. พยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านผือทั้งหมด ๓. สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านผือทั้งหมด																																	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	Spreadsheet (Excel/Google Sheets)																																	
แหล่งข้อมูล	รายงานตัวชี้วัดด้านจำนวนบุคลากรตามกรอบ FTE เขตบริการสุขภาพที่ ๘																																	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๑๒ เดือน																																	

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ : จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นตามยุทธศาสตร์องค์กร ตามกรอบ FTE

ตัวชี้วัด	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น	-	-	-	เพิ่มขึ้น ๒ คน
๒. จำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น	-	-	-	เพิ่มขึ้น ๑๐ คน
๓. ร้อยละของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office)	-	-	-	๔๐/๖๕

วิธีการประเมินผล

จำนวนบุคลากรเพิ่มขึ้นตามยุทธศาสตร์องค์กร ตามกรอบ FTE

๑. จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น

รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ในปีปัจจุบัน

รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) ในปีก่อน

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : A-B

ค่าเป้าหมาย : เพิ่มขึ้น ๒ คน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	ไม่มีแพทย์เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น	๑
๒	แพทย์เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น จำนวน ๑ คน	๓
๓	แพทย์เชี่ยวชาญเพิ่มขึ้น จำนวน ๒ คน	๕

๒. จำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น

รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนพยาบาลวิชาชีพ ในปีปัจจุบัน

รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนพยาบาลวิชาชีพ ในปีก่อน

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : A-B

ค่าเป้าหมาย : เพิ่มขึ้น ๑๐ คน

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
๑	พยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น จำนวน ๒ คน	๑
๒	พยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น จำนวน ๔ คน	๒
๓	พยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น จำนวน ๖ คน	๓
๔	พยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น จำนวน ๘ คน	๔
๕	พยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น จำนวน ๑๐ คน	๕

	๓.ร้อยละของเจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ๓.๑ สายสนับสนุนวิชาชีพ รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนสายสนับสนุนวิชาชีพทั้งหมด รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนสายวิชาชีพทั้งหมด สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $A/B*100$ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๔๐ ๓.๒ สายสนับสนุน Back Office รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนสายสนับสนุน Back Office ทั้งหมด รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนสาย Back Office ทั้งหมด สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $A/B*100$ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๖๕ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๒๐/๔๕</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๒๕/๕๐</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๓๐/๕๕</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๓๕/๖๐</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๔๐/๖๕</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	๑	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๒๐/๔๕	๑	๒	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๒๕/๕๐	๒	๓	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๓๐/๕๕	๓	๔	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๓๕/๖๐	๔	๕	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๔๐/๖๕	๕					
ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน																						
๑	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๒๐/๔๕	๑																						
๒	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๒๕/๕๐	๒																						
๓	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๓๐/๕๕	๓																						
๔	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๓๕/๖๐	๔																						
๕	เจ้าหน้าที่สายสนับสนุนเพิ่มขึ้น (สายสนับสนุนวิชาชีพ/สายสนับสนุน Back Office) ร้อยละ ๔๐/๖๕	๕																						
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>๑. จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) สาขาหลัก/สาขารอง</td><td>สาขา</td><td>๕/๒</td><td>๕/๓</td><td>๖/๓</td></tr><tr><td>๒. จำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น</td><td>คน</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>๓. ร้อยละบุคลากรสายสนับสนุนวิชาชีพ / ร้อยละบุคลากรสายสนับสนุน Back Office</td><td>ร้อยละ</td><td>NA</td><td>NA</td><td>๒๕.๓๗ / ๘๓.๘๗</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๑. จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) สาขาหลัก/สาขารอง	สาขา	๕/๒	๕/๓	๖/๓	๒. จำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น	คน	NA	NA	NA	๓. ร้อยละบุคลากรสายสนับสนุนวิชาชีพ / ร้อยละบุคลากรสายสนับสนุน Back Office	ร้อยละ	NA	NA	๒๕.๓๗ / ๘๓.๘๗
Baseline data	หน่วยวัด			ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																				
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																				
๑. จำนวนแพทย์เชี่ยวชาญ (แพทย์เฉพาะทาง) สาขาหลัก/สาขารอง	สาขา	๕/๒	๕/๓	๖/๓																				
๒. จำนวนพยาบาลวิชาชีพเพิ่มขึ้น	คน	NA	NA	NA																				
๓. ร้อยละบุคลากรสายสนับสนุนวิชาชีพ / ร้อยละบุคลากรสายสนับสนุน Back Office	ร้อยละ	NA	NA	๒๕.๓๗ / ๘๓.๘๗																				

เอกสารสนับสนุน:	๑. จำนวนบุคลากรตามกรอบ FTE ตาม Service Plan เขตบริการสุขภาพที่ ๘ ๒. คู่มือโครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค (ปี พ.ศ. ๒๕๖๕-๒๕๖๙) กระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการ HR ๑) ชื่อ-สกุล นายชัยสิทธิ์ ทาบลัด ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙-๖๒๐๖๘๒๕ โทร ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๑๑ ๒) นางจุลีพร แดนสุข ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : - โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒-๓๖๕๕๒๑๓

KPI Template งานบริหารทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘					
หมวด	ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)				
แผนงาน	แผนงานการพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
โครงการ	โครงการบริหารจัดการกำลังคนด้านสุขภาพ				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๔๒. ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน				
คำนิยาม	บุคลากรในหน่วยงาน หมายถึง ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราว (รายเดือน) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านผือ พัฒนาสมรรถนะ หมายถึง การส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรได้รับการฝึกฝน เรียนรู้และพัฒนาผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น การฝึกอบรมตามหลักสูตรที่ส่วนราชการกำหนด หรือหลักสูตรอื่นๆ ตามความเหมาะสม หลักสูตร E-Learning การเข้าร่วมการประชุมหรือการสัมมนาเชิงปฏิบัติการที่มีวิทยากรให้ความรู้และทำกิจกรรมกลุ่มเชิงปฏิบัติการ เป็นต้น เกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน คือ มาตรฐานหรือคุณสมบัติที่บุคลากรจำเป็นต้องมี เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและสนับสนุนการบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์ขององค์กร				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๕๐		๘๐	๘๐	๙๐	๑๐๐
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลบ้านผือ ได้รับการอบรมพัฒนา สมรรถนะ (Competency) และทักษะ (Skill) ที่จำเป็นสำหรับบุคลากรในหน่วยงาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านผือทั้งหมด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	Spreadsheet (Excel/Google Sheets)				
แหล่งข้อมูล	- รายงานตัวชี้วัดด้านการอบรมพัฒนาบุคลากรคณะกรรมการ HR - มีหลักฐานอ้างอิงประกอบการประเมินผลการดำเนินงาน เช่น หนังสือ อนุญาต อนุมัติ การมอบหมายให้บุคลากรเข้ารับการฝึกอบรม การประชุม /สัมมนาเชิงปฏิบัติการ และ อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน				
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ : ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน					
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
๑๐		๒๐	๓๐	๕๐	
วิธีการประเมินผล :	ร้อยละของบุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน รายการข้อมูลที่ ๑ : A = จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน รายการข้อมูลที่ ๒ : B = จำนวนบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลบ้านผือ สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $A/B \times 100$ ค่าเป้าหมาย : ร้อยละ ๕๐				

	โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้				
	ข้อ	เกณฑ์การให้คะแนน			คะแนน
	๑	บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานน้อยกว่าร้อยละ ๓๕			๑
	๒	บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานร้อยละ ๓๕.๐๐ - ๓๙.๙๙			๒
	๓	บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานร้อยละ ๔๐.๐๐ - ๔๔.๙๙			๓
	๔	บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานร้อยละ ๔๕.๐๐ - ๔๙.๙๙			๔
	๕	บุคลากรได้รับการพัฒนาสมรรถนะตามเกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ขึ้นไป			๕
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ร้อยละบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตาม เกณฑ์ยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน	ร้อยละ	NR	NR	NR
เอกสารสนับสนุน:	แบบขออนุญาตเดินทางไปราชการ,แบบขออนุมัติจัดประชุมอบรม				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	คณะกรรมการ HR ๑) ชื่อ-สกุล นายชัยสิทธิ์ ทาปลัด ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙-๖๒๐๖๘๒๕ โทร ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๑๑				

KPI Template งานบริหารทั่วไป ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)
แผนงาน	แผนงาน การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๔๓. ค่าคะแนนความสำเร็จในการประเมินบุคลากรที่มีความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ๔๓.๑ ร้อยละของบุคลากรในหน่วยงานมีการประเมินความสุขในการปฏิบัติงาน (Happinometer) ๔๓.๒ 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 (การงานดี) 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 ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลบ้านฝ้อ อำเภอบ้านฝ้อ 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 โรงพยาบาลบ้านฝ้อ																				
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	โรงพยาบาลบ้านผือ ๑) ชื่อ – สกุล นางสาวชัชรีย์ ขาวดร ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๙-๖๑๕๐๔๑๕ โทร ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๑๑ ๒) ชื่อ-สกุล นายชัยสิทธิ์ ทาปลัด ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๙-๖๒๐๖๘๒๕ โทร ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๑๑																						

KPI Template งานแผนงานและงบประมาณ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)
แผน	แผนงาน การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ
โครงการ	โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๔๔. ระดับความสำเร็จในการพัฒนางานวิจัยเพื่อแก้ปัญหาด้านสาธารณสุขในพื้นที่ ๔๔.๑ วิจัยและนวัตกรรม ๔๔.๒ จำนวนการพัฒนา CQI ๔๔.๓ จำนวนการพัฒนา R๒R ๔๔.๔ 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 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 <table><tr><th>ระดับ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th></tr><tr><td>๑</td><td>การพัฒนา CQI ≥ ๑ เรื่อง การพัฒนา R๒R ≥ ๓ เรื่อง บุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ใช้ AI ในการปฏิบัติงาน ≥ ร้อยละ ๑๕</td></tr><tr><td>๒</td><td>งานวิจัยและนวัตกรรม อย่างน้อย ๑ เรื่อง การพัฒนา CQI ≥ ๓ เรื่อง การพัฒนา R๒R ≥ ๕ เรื่อง บุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ใช้ AI ในการปฏิบัติงาน ≥ ร้อยละ ๒๐</td></tr><tr><td>๓</td><td>งานวิจัยและนวัตกรรม อย่างน้อย ๑ เรื่อง การพัฒนา CQI ≥ ๕ เรื่อง การพัฒนา R๒R ≥ ๑๐ เรื่อง บุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ใช้ AI ในการปฏิบัติงาน ≥ ร้อยละ ๒๕</td></tr><tr><td>๔</td><td>งานวิจัยและนวัตกรรม ≥ ๒ เรื่อง การพัฒนา CQI ≥ ๗ เรื่อง การพัฒนา R๒R ≥ ๑๒ เรื่อง บุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) ใช้ AI ในการปฏิบัติงาน ≥ ร้อยละ ๓๕</td></tr></table>	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										
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										

	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	<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. จำนวนวิจัยและนวัตกรรม(เรื่อง)</td><td>เรื่อง</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>๒. จำนวนการพัฒนา CQI</td><td>เรื่อง</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>๓. จำนวนการพัฒนา R๒R</td><td>เรื่อง</td><td>NA</td><td>NA</td><td>NA</td></tr><tr><td>๔. ร้อยละของบุคลากร(กลุ่มวิชาชีพ) มีการใช้ AI ในการปฏิบัติงาน</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. 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
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 ชียงคະບຸຕຣ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖-๑๘๙ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๖- ๗๑๔๙๐๕๒																												

เป้าประสงค์ที่ 9

ลดภาระหนี้สิน เพิ่มรายได้ เพื่อให้ รพ.มีสถานะทางการเงินที่มั่นคง สมดุลต่อการบริหารบริการและการพัฒนา



KPI Template งานกลุ่มงานพยาบาล (Homeward) ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘					
หมวด	ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)				
แผนงาน	แผนงานที่ ๑ การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)				
โครงการ	๑. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย				
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ				
ชื่อตัวชี้วัด	๔๕. จำนวนเงินที่เป็นผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงาน Home ward				
คำนิยาม	๑. บริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Hospital Care at Home หรือ Home ward) หมายถึง การรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษาของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล (care giver) ในการช่วยประเมินอาการผู้ป่วยและสื่อสารกับทีมแพทย์ ๒. รูปแบบการบริการผู้ป่วยในที่บ้าน ๑. Step down: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (hospital care in hospital) ก่อนแล้วแพทย์ผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าส่งกลับไปรักษาที่บ้าน (hospital care at home) โดยโรงพยาบาลเดิมดูแล ๒. Refer Back: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลที่ ๑ ส่งต่อไปให้โรงพยาบาลที่ ๒ ดูแลแล้วแพทย์ผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้ ๓. Step up/ Start at home: เริ่มรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านหลังจากได้รับการตรวจรักษาจากแพทย์ในโรงพยาบาล (OPD, ER) แล้วแพทย์ผู้ป่วยญาติหรือผู้ดูแลประเมินร่วมกันว่าสามารถรักษาแบบผู้ป่วยในที่บ้านได้หรือแพทย์หน่วยบริการปฐมภูมิไปตรวจผู้ป่วยที่บ้านในกรณีผู้ป่วยติดบ้าน/ติดเตียง ๓. บริการในที่บ้านสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิต (Home ward for active dying patients) หมายถึง การจัดบริการเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิตตลอดจนครอบครัวของผู้ป่วยทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยและทีมสุขภาพให้สามารถดำเนินการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายที่บ้าน เนื่องจากการรับบริการในโรงพยาบาล (Step down from hospital to home) ในระยะกำลังเสียชีวิตได้อย่างมีคุณภาพแบบองค์รวมและผู้ป่วยสามารถเสียชีวิตที่บ้านได้ตามความประสงค์ตามแผนการดูแลล่วงหน้า (advance care planning; ACP) หรือหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข(advance directive or living will; ADL) ของผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้จัดทำไว้ซึ่งเป็นไปตามสิทธิของบุคคลตามมาตรา ๑๒ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐ ๔. ผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน Home ward หมายถึง รายได้ของการดำเนินงาน Home ward จำนวน ๒ ล้าน/ไตรมาส รวมรายปี เป็นเงิน ๘ ล้านบาท				
เกณฑ์เป้าหมาย : จำนวนเงินที่เป็นผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงาน Home ward					
ปีงบประมาณ ๖๘		ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
ปีละ ๘ ล้านบาท		ปีละ ๘.๕ ล้านบาท	ปีละ ๙ ล้านบาท	ปีละ ๙.๕ ล้านบาท	ปีละ ๑๐ ล้านบาท
วัตถุประสงค์	เพื่อหารายได้ของ Home ward /โรงพยาบาลบ้านผือ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายหลัก Home ward ๗ กลุ่มโรค DM, HT, แผลกดทับ, UTI , Pneumonia, Covid-๑๙ และCOPD c AE ,Psoriasis vulgaris ๒. ผู้ป่วยกลุ่มใช้สารเสพติด บุหรี่ สุรา และ Amphetamine ๓. ผู้ป่วยกลุ่มระยะท้ายที่กำลังเสียชีวิต(Active dying patients)				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจาก DMS Home ward กระทรวงสาธารณสุข /รายงานประจำเดือน/ เวชระเบียน/รายงานจาก สปสช./ งานจัดเก็บรายได้				
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก DMS Home ward กระทรวงสาธารณสุข /รายงานประจำเดือน/ เวชระเบียน/สปสช./ งาน จัดเก็บรายได้				
ระยะเวลา ประเมินผล	๑. ทุกไตรมาสที่ ๑,๒,๓ และ ๔ เป้าหมาย ๒ ล้านบาท/ไตรมาส ๒. รายปี เป้าหมาย ๘ ล้านบาท/ปี				
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ : โดยแต่ละไตรมาสจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ ๖๐					
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน		รอบ ๙ เดือน	
๒ ล้าน		๔ ล้าน		๖ ล้าน	
				๘ ล้าน	
วิธีการประเมินผล :	จำนวนเงินที่เป็นผลสัมฤทธิ์จากการดำเนินงาน Home ward สามารถประเมินผลได้ดังนี้				
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน
	๑	รายได้จากการดำเนินงาน Home ward น้อยกว่า ๒ ล้านบาท			๑
	๒	รายได้จากการดำเนินงาน Home ward ๒ ล้านบาท			๒
	๓	รายได้จากการดำเนินงาน Home ward ๔ ล้านบาท			๓
	๔	รายได้จากการดำเนินงาน Home ward ๖ ล้านบาท			๔
	๕	รายได้จากการดำเนินงาน Home ward มากกว่าหรือเท่ากับ ๘ ล้านบาท			๕
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				๒๕๖๔	๒๕๖๕
				๒๕๖๖	๒๕๖๗
	ค่าคะแนนรายได้ของ Home ward รพ.บ้านผือ		คะแนน	N/A	N/A
	ข้อมูลจาก DMS Home ward กระทรวงสาธารณสุข /รายงานประจำเดือน/ เวชระเบียน/สปสช./ศูนย์ จัดเก็บรายได้				
	***หมายเหตุ เริ่มดำเนินงาน ปีงบประมาณ ๒๕๖๘ (๑ ธ.ค. ๒๕๖๗)				
เอกสารสนับสนุน:	กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๕). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ฉบับที่ ๑. นนทบุรี. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.(๒๕๖๗). แนวทางและมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในที่บ้าน (Home Ward) ฉบับที่ ๒. นนทบุรี.				
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	โรงพยาบาลบ้านผือ ๑) ชื่อ – สกุล นางพัชรี ฤทธิศรี ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๗๑๗๒๖๐๒ E-mail: lotus๒๖๔๖๕@gmail.com ๒) ชื่อ-สกุล นายอิทธิพล ผลทิพย์ ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไป				

KPI Template งานการเงินและบัญชี ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)
แผน	แผนงานที่ ๑๑ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการ	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านฝ้อ
ชื่อตัวชี้วัด	๔๖ มาตรการเพิ่มรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่าย ๔๖.๑ จำนวนมาตรการเพิ่มรายได้/รายได้ที่เพิ่มขึ้น (บาท) ๔๖.๒ จำนวนมาตรการควบคุม/รายจ่ายที่ลดลง (บาท)
คำนิยาม	มาตรการเพิ่มรายได้/ควบคุมค่าใช้จ่าย การเพิ่มรายได้ ของโรงพยาบาล ได้แก่ การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้องครบถ้วนทันเวลา ตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group; DRG) การปรับปรุงห้องพิเศษและ ปรับราคา เพิ่มขึ้นดังนี้ ๑. การสรุปเวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ศูนย์สถิติประโยชน์และ องค์การแพทย์ ตรวจสอบและติดตาม ผลการสรุป เวชระเบียนผู้ป่วยในให้ถูกต้อง ครบถ้วนตามกลุ่ม วินิจฉัยโรคร่วม ส่งไป เรียกเก็บเงินจากกองทุน ต่างๆ ทันเวลาที่กำหนด ๒. การปรับปรุงห้องพิเศษและปรับราคาเพิ่มขึ้น โดยชั้น ๔ และ ๕ เดิมราคาห้องละ ๑,๐๐๐ บาท/คืน ปรับราคาเป็น ๑,๒๐๐ บาท/คืน VIPพลอยไพลิน ชั้น ๕ ราคา ๑,๕๐๐ บาท/คืน ๓. การปรับปรุงการเรียกเก็บเงินให้มีประสิทธิภาพ งานบริหารจัดการหนี้ ดำเนินการเร่งรัดและ ติดตามการเรียกเก็บเงินค่ารักษาพยาบาลจากกองทุนตามสิทธิผู้ป่วย และจากต้นสังกัดต่างๆ ให้ชำระเงิน ตามจำนวนที่โรงพยาบาลเรียกเก็บไปให้ครบถ้วน ตามเวลาที่กำหนด เร่งรัดติดตามทวงหนี้ทุก ๓๐ วัน ๖๐ วัน และ ๙๐ วันทำให้โรงพยาบาลมีหนี้สูญลดน้อยลง การลดค่าใช้จ่าย ของโรงพยาบาล ได้แก่ การควบคุมค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานการควบคุม ค่าใช้จ่ายด้านยาและเวชภัณฑ์และการ ควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติ การพิเศษต่างๆ ๑. การควบคุมค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน คณะกรรมการอำนวยการโรงพยาบาล ร่วมกัน กำหนด แนวทางปฏิบัติในการลดค่าใช้จ่ายในการ ดำเนินงาน ดังนี้ ๑.๑ การปรับปรุงซ่อมแซมอาคารสิ่ง ก่อสร้าง ให้สามารถดำเนินการได้เฉพาะรายการ ที่อนุมัติใน แผนเท่านั้น โดยหน่วยงานจะต้องเสนอ เรื่องผ่านความเห็นชอบของรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร คัดกรอง ตรวจสอบ ก่อนผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามอนุมัติ ๑.๒ การจัดซื้อครุภัณฑ์ ให้สามารถดำเนินการได้เฉพาะรายการที่อนุมัติในแผน เท่านั้น โดย หน่วยงาน จะต้องเสนอเรื่องผ่านความเห็นชอบของรองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร คัดกรอง ตรวจสอบ ก่อน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงนามอนุมัติ ๑.๓ การจ้างบุคลากร ไม่อนุมัติให้ หน่วยงานจ้างคนเพิ่ม ยกเว้นกรณีจ้างทดแทน เท่านั้น ๑.๔ การเบิกจ่ายวัสดุสิ้นเปลือง ให้ทุกหน่วยงานควบคุมและลดค่าใช้จ่ายวัสดุสิ้นเปลือง ที่เกินความ จำเป็นในหน่วยงานลงร้อยละ ๑๕-๒๐ ๑.๕ ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณูปโภคให้ทุกหน่วยงานร่วมมือในการประหยัดไฟฟ้า ประหยัดน้ำ ปิด- เปิดเครื่องปรับอากาศในช่วงเวลา ๐๙.๐๐น.-๑๑.๓๐ น. และเวลา ๑๓.๓๐น.-๑๕.๓๐ น. หากตรวจพบ รอยรั่วซึม รีบดำเนินการซ่อมโดยเร็ว เพื่อลดการสูญเสีย ๑.๖ การจัดอบรมภายในและภายนอกโรงพยาบาล ให้ส่งเจ้าหน้าที่ไปรับการอบรม ภายนอก หลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย กระทรวงสาธารณสุขและแผนพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาล

๑.๗ การควบคุมการปฏิบัติงานล่วงเวลา (OT) ขอให้ทุกหน่วยตรวจสอบควบคุมการ จัดบุคลากรขึ้นให้เหมาะสมกับภาระงานที่มีอยู่จริง

๒. การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านยาและ เวชภัณฑ์ คณะกรรมการบริหารโรงพยาบาล ร่วมกันกำหนดแนวทางปฏิบัติในการควบคุม การใช้จ่ายร่วมกับ รพ.สต.ในเครือข่าย เพื่อลดการสิ้นยาเกินความจำเป็น และการใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติและยาที่มีราคาแพง ดังนี้

๒.๑ การส่งจ่ายยาให้แก่ผู้รับบริการ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(UC) ให้ใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติเท่านั้น หากมีความจำเป็น ต้องใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติขอให้อนุมัติ เป็นรายๆ ไป โดยมอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มงาน แพทย์ของกลุ่มงานนั้น รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้ลงนาม ตามแบบฟอร์มที่องค์กรแพทย์กำหนด

๒.๒ การส่งจ่ายยาให้แก่ผู้รับบริการ สิทธิประกันสังคม ให้ถือปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(UC)

๒.๓ การกำหนดรายการยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง และยาในบัญชียาหลักแห่งชาติที่มีราคาแพง มอบหมายให้หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์ของกลุ่มงานนั้นเป็นประธานใน การกำหนดรายการยา และรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาล เป็นผู้ลงนามอนุมัติในการใช้ยา

๓. การควบคุมค่าใช้จ่ายด้านการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการพิเศษต่างๆ ของแพทย์ในโรงพยาบาล ให้ส่งตรวจตามมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยของโรคนั้นๆ การส่งตรวจซ้ำเพื่อการประเมินความก้าวหน้าในการให้การรักษาผู้ป่วยควรทำอย่างเหมาะสมและ ติดตามผล กรณีการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ นอกโรงพยาบาลให้รวบรวมผลการส่งตรวจพร้อม ค่าใช้จ่ายให้ผู้บริหารรับทราบทุกเดือน สำหรับการ ตรวจทางห้องปฏิบัติการให้โรงพยาบาลชุมชน จะต้องติดตามผลการเรียกเก็บเงินค่าตรวจทุกครั้ง และรายงานต่อผู้บริหาร

๔. การลดค่าใช้จ่ายในการต่อรังสีวิทยาหน่วย CT Scan และระบบ PAC

๔.๑ การต่อรังและลดราคา CT Scan

- ปี ๒๕๖๗ วงเงิน ๑๒.๖ ล้านบาทลดลง ปี๒๕๖๘ วงเงิน ๖.๒๕ ล้านบาท
- ปี ๒๕๖๘ เหม่าจ่ายไม่เกินค่า CT Scan ไม่เกิน ๕๒๐,๐๐๐ บาท/เดือนแต่ถ้าไม่เกินให้เบิกจ่ายตามจริง

๔.๒ การต่อรังและลดราคา ระบบ PAC

- ปี ๒๕๖๗ วงเงิน ๙๓๘,๔๐๐ บาท (๗๘,๒๐๐ /เดือน) ลดลง ปี๒๕๖๘ วงเงิน ๘๖๔,๐๐๐ บาท (๗๒,๐๐๐/เดือน)

๔.๓ การต่อรังและลดราคาไตเทียม

- ปี ๒๕๖๗ วงเงิน ๙,๗๙๗,๗๖๐ บาท (๑,๒๙๖/ครั้ง) ลดลง
- ปี ๒๕๖๘ วงเงิน ๙,๙๓๗,๒๐๐ บาท (๑,๒๕๐/ครั้ง)

เกณฑ์เป้าหมาย : ๔๖.๑ จำนวนมาตรการเพิ่มรายได้/รายได้ที่เพิ่มขึ้น (บาท)

ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๕ มาตรการ / ๕ ล้านบาท	๗ มาตรการ / ๗ ล้านบาท	๙ มาตรการ / ๙ ล้านบาท	๑๑ มาตรการ / ๑๑ ล้านบาท	๑๓ มาตรการ / ๑๓ ล้านบาท

เกณฑ์เป้าหมาย : ๔๖.๒ จำนวนมาตรการควบคุม/รายจ่ายที่ลดลง (บาท)

ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒
๕ มาตรการ / ๒.๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๒.๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๒.๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๒.๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๒.๕ ล้านบาท

วัตถุประสงค์
๑. เพื่อเพิ่มศักยภาพในการบริหารจัดการภายในของหน่วยงาน
๒. เพื่อลดปัจจัยความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ

ประชากร
กลุ่มเป้าหมาย
ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลบ้านผือ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล
วิเคราะห์จากรายงานการเงินของโรงพยาบาลทุกเดือน

แหล่งข้อมูล
งานพัสดุ, ศูนย์จัดเก็บรายได้, งานประกันสุขภาพและงานเวชระเบียน

ระยะเวลา
ประเมินผล
รายไตรมาสที่ ๑,๒,๓ และ ๔
รายปี

เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ :

๔๖.๑ มาตรการเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย มีค่าน้ำหนักคะแนนเท่ากับ ๔ โดยมีวิธีการประเมิน ดังนี้
เป้าหมายรวมเพื่อส่งผลให้

- ๑) I/E Ratio ≥ ๑.๑
- ๒) Current Ratio ≥ ๑.๑
- ๓) Quick Ratio ≥ ๐.๙
- ๔) Cash Ratio ≥ ๐.๘

เกณฑ์ประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๔๖.๑ จำนวนมาตรการ เพิ่มรายได้/รายได้ที่ เพิ่มขึ้น (บาท)	๕ มาตรการ / ๑.๒๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๒.๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๓.๗๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๕ ล้านบาท
๔๖.๒ จำนวนมาตรการ ควบคุม/รายจ่ายที่ลดลง (บาท)	๕ มาตรการ / ๐.๖๒๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๑.๒๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๑.๘๗๕ ล้านบาท	๕ มาตรการ / ๒.๕ ล้านบาท

วิธีการประเมินผล :	๔๖.๑ จำนวนมาตรการเพิ่มรายได้/รายได้ที่เพิ่มขึ้น (บาท) การคำนวณตัวชี้วัด : รายได้ที่เพิ่มขึ้น = ผลรวมรายได้สุทธิจากทุกมาตรการที่ดำเนินการ เป้าหมาย : ๑) มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๕ มาตรการต่อปี ๒) รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๕ ล้านบาทต่อปี <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๑ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๑ ล้านบาทต่อปี</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๒ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๒ ล้านบาทต่อปี</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๓ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๓ ล้านบาทต่อปี</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๔ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๔ ล้านบาทต่อปี</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๕ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๕ ล้านบาทต่อปี</td><td>๕</td></tr></table> ๔๖.๒ จำนวนมาตรการควบคุม/รายจ่ายที่ลดลง (บาท) การคำนวณตัวชี้วัด : รายจ่ายที่ลดลง = ผลรวมของค่าใช้จ่ายก่อน - หลัง การดำเนินการ เป้าหมาย : ๑) มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๕ มาตรการต่อปี ๒) ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๒.๕ ล้านบาทต่อปี <table><tr><th>ข้อ</th><th>เกณฑ์การประเมิน</th><th>คะแนน</th></tr><tr><td>๑</td><td>- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๑ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๐.๕ ล้านบาทต่อปี</td><td>๑</td></tr><tr><td>๒</td><td>- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๒ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๑ ล้านบาทต่อปี</td><td>๒</td></tr><tr><td>๓</td><td>- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๓ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๑.๕ ล้านบาทต่อปี</td><td>๓</td></tr><tr><td>๔</td><td>- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๔ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๒ ล้านบาทต่อปี</td><td>๔</td></tr><tr><td>๕</td><td>- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๕ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๒.๕ ล้านบาทต่อปี</td><td>๕</td></tr></table>	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๑ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๑ ล้านบาทต่อปี	๑	๒	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๒ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๒ ล้านบาทต่อปี	๒	๓	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๓ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๓ ล้านบาทต่อปี	๓	๔	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๔ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๔ ล้านบาทต่อปี	๔	๕	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๕ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๕ ล้านบาทต่อปี	๕	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน	๑	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๑ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๐.๕ ล้านบาทต่อปี	๑	๒	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๒ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๑ ล้านบาทต่อปี	๒	๓	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๓ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๑.๕ ล้านบาทต่อปี	๓	๔	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๔ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๒ ล้านบาทต่อปี	๔	๕	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๕ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๒.๕ ล้านบาทต่อปี	๕
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																																			
๑	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๑ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๑ ล้านบาทต่อปี	๑																																			
๒	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๒ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๒ ล้านบาทต่อปี	๒																																			
๓	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๓ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๓ ล้านบาทต่อปี	๓																																			
๔	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๔ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๔ ล้านบาทต่อปี	๔																																			
๕	- มีมาตรการเพิ่มรายได้อย่างน้อย ๕ มาตรการต่อปี - รายได้เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า ๕ ล้านบาทต่อปี	๕																																			
ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน																																			
๑	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๑ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๐.๕ ล้านบาทต่อปี	๑																																			
๒	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๒ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๑ ล้านบาทต่อปี	๒																																			
๓	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๓ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๑.๕ ล้านบาทต่อปี	๓																																			
๔	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๔ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๒ ล้านบาทต่อปี	๔																																			
๕	- มีมาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายอย่างน้อย ๕ มาตรการต่อปี - ลดรายจ่ายได้ไม่น้อยกว่า ๒.๕ ล้านบาทต่อปี	๕																																			
เอกสารสนับสนุน :	๑. รายงานสถานการณ์การเงินการคลังจากสำนักงานเขตสุขภาพที่๘ ๒. รายงานการเรียกเก็บ/ชดเชยจาก สปสช. ๓. รายงานทางการเงินจากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ																																				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงาน				
	Baseline data	หน่วยวัด	ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	๑. มาตรการเพิ่มรายได้และควบคุมค่าใช้จ่าย ๑.๑ จำนวนมาตรการเพิ่มรายได้/รายได้ที่เพิ่มขึ้น (บาท) ๑.๒ จำนวนมาตรการควบคุมค่าใช้จ่าย/รายจ่ายที่ลดลง(บาท)	บาท บาท	NA NA	NA NA	NA NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นางสาววาสนา บุญศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ๒.นางสาวอรุณา โทมธา ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๖ ต่อ ๑๑๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓-๓๒๔๔๔๐๔				

KPI Template งานการเงินและบัญชี ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘	
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)
แผน	แผนงานที่ ๑๑ การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการ	โครงการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง
ระดับการแสดงผล	โรงพยาบาลบ้านผือ
ชื่อตัวชี้วัด	๔๗ รพ.มีอัตราทางการเงินที่มั่นคงขึ้น ๔๗.๑ ค่า Finance Risk Score ๔๗.๒ อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio) ๔๗.๓ อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Current Ratio) ๔๗.๔ อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน(Quick Ratio) ๔๗.๕ อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่มีอัตราทางการเงินที่มั่นคงขึ้น หมายถึง โรงพยาบาลที่มีเงินสำรองที่มากกว่าหนี้สินสามารถลงทุนเพิ่มได้ตามภารกิจที่ตามโรงพยาบาลต้องการ ประกอบด้วยรายละเอียด ดังนี้ หน่วยบริการที่ประสภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ๗ ระดับ (Risk Scoring) โดยใช้ อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการประกอบด้วย ๑. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR)= สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๒. อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หัก ด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วยสินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๓. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๔. ทุนสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๕. รายได้หักค่าใช้จ่าย (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่ายอัตราส่วนทางการเงินทั้ง ๕ รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการ ดังนี้ ๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ๑.๑ CR < ๑.๕ ๑.๒ QR < ๑.๐ ๑.๓ Cash < ๐.๘ ๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < ๐ ๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคาและค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < ๐ ๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง ๓.๑ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๓ เดือน* ๓.๒ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๖ เดือน

	*โดยให้น้ำหนักของ NWC/ANIระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด <๓ เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น ๒ เท่า ทั้งนี้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำเงื่อนไขดังกล่าว ๔ มาใช้ในการจัดกลุ่มโรงพยาบาลที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น ๗ ระดับ ดังนี้ ระดับ ๐ - ๑ ปกติ ระดับ ๒ คาดว่าจะดีขึ้นภายใน ๓ เดือน ระดับ ๓ คาดว่าจะดีขึ้นภายใน ๓ เดือน ระดับ ๔ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๖ เดือน ระดับ ๕ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๖ เดือน ระดับ ๖ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน ระดับ ๗ มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ ๗ ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ ๖ ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย ปี ๒๕๖๘ - ๒๕๖๙ : รพ.มีอัตราทางการเงินที่มั่นคงขึ้น

เกณฑ์การประเมิน	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐	๒๕๗๑	๒๕๗๒
๔๗.๑ ค่า Finance Risk Score	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๓	ระดับ ๒	ระดับ ๑
๔๗.๒ อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio)	๑.๑	๑.๑๕	๑.๒๒	๑.๕๘	๒.๖๘
๔๗.๓ อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Current Ratio)	๑.๑	๑.๑๕	๑.๒๒	๑.๕๘	๒.๖๘
๔๗.๔ อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio)	๐.๙	๐.๙๕	๑	๑.๑๕	๑.๒๒
๔๗.๕ อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)	๐.๘	๐.๘	๐.๙	๑	๑.๑

วัตถุประสงค์	๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง ๒. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ ๓. เพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการประมาณในการสนับสนุนหน่วยบริการ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลบ้านผือ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	งานพัสดุ, ศูนย์จัดเก็บรายได้, งานประกันสุขภาพและงานเวชระเบียน

ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส ในปีงบประมาณ ๒๕๖๘			
เกณฑ์การประเมิน ปี ๒๕๖๘ : รพ.มีอัตราทางการเงินที่มั่นคงขึ้น				
เกณฑ์การประเมิน	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๔๗.๑ ค่า Finance Risk Score	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๔	ระดับ ๔
๔๗.๒ อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio)	≥ ๑.๑	≥ ๑.๑	≥ ๑.๑	≥ ๑.๑
๔๗.๓ อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สิน หมุนเวียน (Current Ratio)	≥ ๑.๑	≥ ๑.๑	≥ ๑.๑	≥ ๑.๑
๔๗.๔ อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สิน หมุนเวียน(Quick Ratio)	≥๐.๙	≥๐.๙	≥๐.๙	≥๐.๙
๔๗.๕ อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่า เงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)	≥๐.๘	≥๐.๘	≥๐.๘	≥๐.๘

วิธีการประเมินผล :

๔๗.๑ ค่า Finance Risk Score

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	ค่า Finance Risk Score ระดับ ๖	๑
๒	ค่า Finance Risk Score -	๒
๓	ค่า Finance Risk Score ระดับ ๕	๓
๔	ค่า Finance Risk Score -	๔
๕	ค่า Finance Risk Score ระดับ ๔	๕

๔๗.๒ อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio)

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio) ≤ ๐.๙๐	๑
๒	อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio) ๐.๙๕	๒
๓	อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio) ๑.๐๐	๓
๔	อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio) ๑.๐๕	๔
๕	อัตรารายได้รวม ต่อ ค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio) ≥ ๑.๑๐	๕

๔๗.๓ อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Current Ratio)

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Current Ratio) ≤ ๐.๗๐	๑
๒	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน ๐.๘๐	๒
๓	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน ๐.๙๐	๓
๔	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน ๑.๐๐	๔
๕	อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อ หนี้สินหมุนเวียน ≥ ๑.๑๐	๕

	๔๗.๔ อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio)																																										
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน																																						
	๑	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio) ≤ ๐.๗๐			๑																																						
	๒	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio) ๐.๗๕			๒																																						
	๓	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio) ๐.๘๐			๓																																						
	๔	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio) ๐.๘๕			๔																																						
	๕	อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio) ≥ ๐.๙๐			๕																																						
	๔๗.๕ อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)																																										
	ข้อ	เกณฑ์การประเมิน			คะแนน																																						
	๑	อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio) ≤ ๐.๖๐			๑																																						
	๒	อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio) ๐.๖๕			๒																																						
	๓	อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio) ๐.๗๐			๓																																						
	๔	อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio) ๐.๗๕			๔																																						
	๕	อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio) ≥ ๐.๘๐			๕																																						
เอกสารสนับสนุน :	๑. รายงานสถานการณ์การเงินการคลังจากสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ ๒. รายงานการเรียกเก็บ/ชดเชยจาก สปสช. ๓. รายงานทางการเงินจากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ																																										
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.รฟ.มีอัตราทางการเงินที่มั่นคงขึ้น</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>๑.๑ค่า Finance Risk Score</td><td>-</td><td>๐</td><td>๖</td><td>๖</td></tr><tr><td>๑.๒ อัตรารายได้รวม ต่อค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio)</td><td>ร้อยละ</td><td>๑.๐๙</td><td>๐.๘๔</td><td>๐.๙๓</td></tr><tr><td>๑.๓ อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อหนี้สินหมุนเวียน (Current Ratio)</td><td>ร้อยละ</td><td>๑.๗๙</td><td>๑.๐๘</td><td>๑.๐๐</td></tr><tr><td>๑.๔ อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio)</td><td>ร้อยละ</td><td>๑.๕๑</td><td>๐.๘๙</td><td>๐.๘๗</td></tr><tr><td>๑.๕ อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)</td><td>ร้อยละ</td><td>๐.๘๗</td><td>๐.๕๒</td><td>๐.๖๐</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗	๑.รฟ.มีอัตราทางการเงินที่มั่นคงขึ้น					๑.๑ค่า Finance Risk Score	-	๐	๖	๖	๑.๒ อัตรารายได้รวม ต่อค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio)	ร้อยละ	๑.๐๙	๐.๘๔	๐.๙๓	๑.๓ อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อหนี้สินหมุนเวียน (Current Ratio)	ร้อยละ	๑.๗๙	๑.๐๘	๑.๐๐	๑.๔ อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio)	ร้อยละ	๑.๕๑	๐.๘๙	๐.๘๗	๑.๕ อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)	ร้อยละ	๐.๘๗	๐.๕๒	๐.๖๐
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																									
		๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗																																							
๑.รฟ.มีอัตราทางการเงินที่มั่นคงขึ้น																																											
๑.๑ค่า Finance Risk Score	-	๐	๖	๖																																							
๑.๒ อัตรารายได้รวม ต่อค่าใช้จ่ายรวม (I/E Ratio)	ร้อยละ	๑.๐๙	๐.๘๔	๐.๙๓																																							
๑.๓ อัตราส่วนทุนหมุนเวียน ต่อหนี้สินหมุนเวียน (Current Ratio)	ร้อยละ	๑.๗๙	๑.๐๘	๑.๐๐																																							
๑.๔ อัตราส่วนทุนหมุนเวียนเร็ว ต่อ หนี้สินหมุนเวียน (Quick Ratio)	ร้อยละ	๑.๕๑	๐.๘๙	๐.๘๗																																							
๑.๕ อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินที่ต้องชำระ (Cash Ratio)	ร้อยละ	๐.๘๗	๐.๕๒	๐.๖๐																																							
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นางสาววาสนา บุญศิริ ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี ๒.นางสาวอรุณา โทมธาท ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๒๘๐๒๖๖ ต่อ ๑๑๔ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๓-๓๒๔๔๔๐๔																																										

เป้าประสงค์ที่ 10

เป็น Smart hospital ที่มี เทคโนโลยีการบริการ
และจัดการที่ทันสมัย ระบบสารสนเทศที่มี
ประสิทธิภาพและปลอดภัย



KPI Template งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๘									
หมวด	ด้านธรรมาภิบาลเป็นเลิศ (Governance Excellence)								
แผน	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพดิจิทัล								
โครงการ	โครงการยกระดับความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์								
ระดับการแสดงผล	KPI โรงพยาบาลบ้านผือ								
ชื่อตัวชี้วัด	ตัวชี้วัดที่ ๔๘ โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)								
คำนิยาม	Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลมีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนบริหารจัดการบริหารภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและเพื่อความสะดวกรวดเร็วของผู้มารับบริการ มีความปลอดภัย ทันสมัยและเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ มีเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย ๔ ด้าน ดังนี้ ๑. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน ๒. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน ๓. ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน ๔. ด้านบุคลากร คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน โดยแบ่งระดับโรงพยาบาลอัจฉริยะ เป็น ๓ ระดับ ดังนี้ ๑. ระดับเงิน ๖๐๐ คะแนน ขึ้นไป ๒. ระดับทอง ๗๐๐ คะแนน ขึ้นไป ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็นด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านบริหาร และด้านการบริการ ด้านละ ๑๗๐ คะแนน ๓. ระดับเพชร ๘๐๐ คะแนน ขึ้นไป ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็นด้านโครงสร้างพื้นฐาน ด้านบริหาร และด้านการบริการ ด้านละ ๑๗๐ คะแนน และผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร รายละเอียดการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย ๔ ด้าน ดังนี้ <table><tr><th>ด้าน โครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure)</th><th>ด้าน การบริหารจัดการ (management)</th><th>ด้าน การให้บริการ (service)</th><th>ด้าน บุคลากร (people)</th></tr><tr><td>1. ห้อง Data center ที่ได้มาตรฐาน 2. ระบบ Computer and Storage 3. ระบบสำรองข้อมูล 4. ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต 5. ระบบเครือข่ายในองค์กร 6. Computer and Computer-like device 7. Software and Application 8. Hospital Information System</td><td>1. ProviderID 2. การเชื่อมโยง PHR กระทรวงสาธารณสุข 3. Financial management 4. สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5. การสื่อสารองค์กร 6. ช่องทางการสื่อสาร (Communication Technology) 7. ระบบหนังสือราชการอิเล็กทรอนิกส์ 8. Payment 9. HealthID 10. ENTERPRISE RESOURCE PLANNING (ERP) 11. ระบบ Management Information System (MIS)</td><td>1. มีจุดให้บริการที่สามารถบริการได้ด้วยตนเอง (Kiosk) 2. มีระบบคิวดิจิทัล (digital que) 3. มีระบบนัดหมายออนไลน์ 4. OPD paperless 5. IPD paperless 6. มีระบบเชื่อมโยงอุปกรณ์ Smart IOT กับ HIS 7. มีระบบ Telemedicine 8. มีระบบบริการ home service 9. มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศขั้นสูง 10. การสร้างนวัตกรรมทางสารสนเทศ 11. การออกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบ MOPH CERT</td><td>1. ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร 2. ผู้บริหารองค์กร 3. เจ้าหน้าที่ IT 4. เจ้าหน้าที่ทั่วไป</td></tr></table>	ด้าน โครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure)	ด้าน การบริหารจัดการ (management)	ด้าน การให้บริการ (service)	ด้าน บุคลากร (people)	1. ห้อง Data center ที่ได้มาตรฐาน 2. ระบบ Computer and Storage 3. ระบบสำรองข้อมูล 4. ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต 5. ระบบเครือข่ายในองค์กร 6. Computer and Computer-like device 7. Software and Application 8. Hospital Information System	1. ProviderID 2. การเชื่อมโยง PHR กระทรวงสาธารณสุข 3. Financial management 4. สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5. การสื่อสารองค์กร 6. ช่องทางการสื่อสาร (Communication Technology) 7. ระบบหนังสือราชการอิเล็กทรอนิกส์ 8. Payment 9. HealthID 10. ENTERPRISE RESOURCE PLANNING (ERP) 11. ระบบ Management Information System (MIS)	1. มีจุดให้บริการที่สามารถบริการได้ด้วยตนเอง (Kiosk) 2. มีระบบคิวดิจิทัล (digital que) 3. มีระบบนัดหมายออนไลน์ 4. OPD paperless 5. IPD paperless 6. มีระบบเชื่อมโยงอุปกรณ์ Smart IOT กับ HIS 7. มีระบบ Telemedicine 8. มีระบบบริการ home service 9. มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศขั้นสูง 10. การสร้างนวัตกรรมทางสารสนเทศ 11. การออกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบ MOPH CERT	1. ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร 2. ผู้บริหารองค์กร 3. เจ้าหน้าที่ IT 4. เจ้าหน้าที่ทั่วไป
ด้าน โครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure)	ด้าน การบริหารจัดการ (management)	ด้าน การให้บริการ (service)	ด้าน บุคลากร (people)						
1. ห้อง Data center ที่ได้มาตรฐาน 2. ระบบ Computer and Storage 3. ระบบสำรองข้อมูล 4. ระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต 5. ระบบเครือข่ายในองค์กร 6. Computer and Computer-like device 7. Software and Application 8. Hospital Information System	1. ProviderID 2. การเชื่อมโยง PHR กระทรวงสาธารณสุข 3. Financial management 4. สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 5. การสื่อสารองค์กร 6. ช่องทางการสื่อสาร (Communication Technology) 7. ระบบหนังสือราชการอิเล็กทรอนิกส์ 8. Payment 9. HealthID 10. ENTERPRISE RESOURCE PLANNING (ERP) 11. ระบบ Management Information System (MIS)	1. มีจุดให้บริการที่สามารถบริการได้ด้วยตนเอง (Kiosk) 2. มีระบบคิวดิจิทัล (digital que) 3. มีระบบนัดหมายออนไลน์ 4. OPD paperless 5. IPD paperless 6. มีระบบเชื่อมโยงอุปกรณ์ Smart IOT กับ HIS 7. มีระบบ Telemedicine 8. มีระบบบริการ home service 9. มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศขั้นสูง 10. การสร้างนวัตกรรมทางสารสนเทศ 11. การออกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบ MOPH CERT	1. ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร 2. ผู้บริหารองค์กร 3. เจ้าหน้าที่ IT 4. เจ้าหน้าที่ทั่วไป						

เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑	ปีงบประมาณ ๗๒	
๗๕๐ คะแนน	๗๕๐ คะแนน	๘๐๐ คะแนน	๘๕๐ คะแนน	๙๐๐ คะแนน	
วัตถุประสงค์	๑. เพื่อให้ประชาชนผู้มารับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดจากการมาใช้บริการในโรงพยาบาล ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย ๒. โรงพยาบาลมีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการบุคลากรมีความเข้าใจและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ๓. เพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับ การพัฒนาเป็นSmart Hospital				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	การให้บริการทุกแผนกและประชาชนผู้มาใช้บริการโรงพยาบาล				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	โรงพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน Smart Hospital https://bdh-service.moph.go.th/smarthosp-quest/ https://it-phdb.moph.go.th/smart-hospital				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี				
ระยะเวลาประเมินผล	- รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ ๑ ครั้ง (ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน) - รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน (ธันวาคม ๒๕๖๗, มีนาคม ๒๕๖๘, มิถุนายน ๒๕๖๘ และ กันยายน ๒๕๖๘)				
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๘					
เกณฑ์การประเมิน		รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน		๖๙๐ คะแนน	๗๑๕ คะแนน	๗๓๐ คะแนน	๗๕๐ คะแนน
โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)					
วิธีการประเมินผล	ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๘ มีเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย ๔ ด้าน ดังนี้ ๑. ด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน ๒. ด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน ๓. ด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน ๔. ด้านบุคลากร คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน รวมทั้งหมด ๑,๐๐๐ คะแนน				

๑. เกณฑ์ประเมินด้านโครงสร้างพื้นฐาน คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน

เกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอภัยภูเบศร	คะแนน เต็ม	คะแนน ที่ได้	คะแนน จำเป็น	คะแนน จำเป็น ที่ได้	หมายเหตุ
1. Infrastructure	300		170		1. ระดับห้องต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่ จำเป็น 2. ระดับเพชรต้องผ่านเกณฑ์การประเมิน ที่จำเป็น และผ่านเกณฑ์มาตรฐานความ มั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ของศูนย์ เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
1.1 ห้อง Data Center ที่ ได้มาตรฐาน	73		55		
1.2 ระบบ Compute and Storage ที่มีประสิทธิภาพ และความมั่นคงปลอดภัยสูง	50		30		
1.3 ระบบสำรองข้อมูล	31		25		
1.4 ระบบเครือข่าย อินเทอร์เน็ต	8		5		
1.5 ระบบเครือข่ายภายใน องค์กร	74		30		
1.6 Computer and Computer-like device	30		10		
1.7 Software/Application	15		10		
1.8 Hospital information System	19		5		
รวมคะแนน	300		170		

๒. เกณฑ์ประเมินด้านบริหารจัดการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน

เกณฑ์การประเมิน โรงพยาบาลอภัยภูเบศร	คะแนน จำเป็น	คะแนนที่ ได้	คะแนน จำเป็น ที่ได้	คะแนน จำเป็น	หมายเหตุ
2. management	300		170		1. ระดับห้องต้องผ่านเกณฑ์ การประเมินที่จำเป็น 180 คะแนน 2. ระดับเพชรต้องผ่านเกณฑ์ การประเมินที่จำเป็น และผ่าน เกณฑ์มาตรฐานความมั่นคง ปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูง ของ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและ การสื่อสาร
2.1 Provider ID	60		30		
2.2 การเชื่อมโยง PHR กระทรวงสาธารณสุข	45		30		
2.3 Financial management	20		15		
2.4 สามารถแลกเปลี่ยน ข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วย ด้วยระบบ อิเล็กทรอนิกส์	30		15		
2.5 การสื่อสารองค์กร	20		10		
2.6 ทางสื่อสาร (Communication Technology)	20		10		
2.7 ระบบหนังสือ ราชการอิเล็กทรอนิกส์	20		10		
2.8 Payment	10		10		
2.9 Health ID	10		10		
2.10 ENTERPRISE RESOURCE PLANNING (ERP)	30		10		
2.11 ระบบ Management	35		20		
Information System (MIS)					
รวมคะแนน	300		170		

๓. เกณฑ์ประเมินด้านการให้บริการ คะแนนเต็ม ๓๐๐ คะแนน

เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	คะแนนเต็ม	จำเป็น	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
3. service	300	170		1. ระดับทองต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็น 180 คะแนน 2. ระดับเพชรต้องผ่านเกณฑ์การประเมินที่จำเป็น และผ่านเกณฑ์มาตรฐานความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ระดับสูงของศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
3.1 มีจุดให้ประชาชนสามารถบริการได้ด้วยตนเอง (Kiosk)	15	6		
3.2 มีระบบคิวดิจิทัล (digital que)	15	4		
3.3 มีระบบนัดหมายออนไลน์	20	20		
3.4 OPD paperless	40	25		
3.5 IPD paperless	40	20		
3.6 มีระบบเชื่อมโยงอุปกรณ์ Smart IOT กับ HIS หรือฐานข้อมูลโรงพยาบาล เช่น เครื่องวัดความดัน, เครื่องวัดอุณหภูมิ, เครื่องตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG), เครื่องชั่งน้ำหนัก, เครื่องวัดส่วนสูง, เครื่องวัดน้ำตาลปลายนิ้ว	25	10		
3.7 มีระบบการแพทย์ทางไกล	70	60		
3.8 มีระบบบริการ home service	30	15		
3.9 มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศขั้นสูง	10	0		
3.10 การสร้างนวัตกรรมทางสารสนเทศ	10	0		
3.11 การออกเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ผ่านระบบ MOPH CERT (ลายเซ็นอิเล็กทรอนิกส์) ที่มี Digital Signature ตาม พรบ. ว่าด้วยธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ มาตรา 26 และ 28 พ.ศ. 2544	25	10		
รวมคะแนน	300	170		

๔. เกณฑ์ประเมินบุคลากร คะแนนเต็ม ๑๐๐ คะแนน

เกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้	หมายเหตุ
4. People	100		
4.1 ผู้บริหารสูงสุดขององค์กร	10		
4.2 ผู้บริหารองค์กร	50		
4.3 เจ้าหน้าที่ IT	20		
4.4 เจ้าหน้าที่ทั่วไป	20		
รวมคะแนน	100		

โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน
๑	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ๖๐๐ คะแนน	๑
๒	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ๖๓๗.๕๐ คะแนน	๒
๓	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ๖๗๕ คะแนน	๓
๔	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ๗๑๒.๕๐ คะแนน	๔
๕	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ๗๕๐ คะแนน	๕

เอกสารสนับสนุน :

- คู่มือการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ
- Dashboard สรุปข้อมูลผลการประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะ
- แนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๕	๒๕๖๖	๒๕๖๗
	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ประเมิน โรงพยาบาลอัจฉริยะ (Smart Hospital)	คะแนน	NA	NA	๖๗.๕ คะแนน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ชื่อ-สกุล นายบุญเพ็ง ตีร์รัตน์ ตำแหน่ง นักวิชาการคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : โรงพยาบาลบ้านผือ โทรศัพท์มือถือ : ๐๔๒-๒๘๑๐๒๗ ต่อ ๑๘๑,๒๔๙				

