ปรับปรุง ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563

แผนการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ปีงบประมาณ 2563

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

AGENDA BASE

FUNCTION BASE

Re-Treat 10 ประเด็น

AREA BASE

PA:Performance Agreement

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการจัดทำแผนการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2563 โดยเชื่อมโยงและสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ตามการดำเนินงานใน 4 ด้านของกระทรวงสาธารณสุข (4 Excellence) และสภาพของปัญหาสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อเป้าหมายที่สำคัญคือ ประชาชนชาวอุบลราชธานี มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีกลไกการบูรณาการ การทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดทำเอกสารแผนการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2563 เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงาน และจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด สามารถจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน และถูกต้องตามขอบเขต คำนิยามตามที่กำหนด ขอขอบคุณคณะผู้บริหารงาน และกลุ่มงานทุกกลุ่มงานที่ได้ให้ความร่วมมือในการจัดทำเอกสาร **“แผนการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563”**เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
มกราคม 2563

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	-
สารบัญ	-
แผนการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีปีงบประมาณ 2563	1
ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560–พ.ศ. 2579) กระทรวงสาธารณสุข	1
นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีระกุล)	2
นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ดร.สาธิต ปิตุเตชะ	3
นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (11 ประเด็น)	3
แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2563	4
นโยบายสำคัญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563	5
เป้าหมายพื้นที่ Best of the Best ตามประเด็น Re –Treat	6
รายละเอียดตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2563	7
การนิเทศงานและประเมินผลการพัฒนางานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563	17
รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2563 (จำนวน 52 ตัวชี้วัด)	18
R1 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก) เพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	26
R2 อัตราตายทารกแรกเกิด	28
R3 การพัฒนางานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	29
R3.1 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	29
R3.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	31
R3.3 เด็กอายุ 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	32
R3.4 เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	33
R4 ระดับความสำเร็จการพัฒนาศูนย์เด็กคุณภาพ (ตอบประเด็น Re-treat)	35
R5 งานคัดกรองพัฒนาการเด็กล่าช้า	37
R5.1 ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน (TEDA4I)	37
R5.2 ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี	39
R6 อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	41
R7 ร้อยละของการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan	42
R8 ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long term care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	45
R9 ระดับความสำเร็จของอำเภอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	47

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
R10 การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง	51
R10.1 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	51
R10.2 ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Home BP)	53
R10.4 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	57
R10.5 ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	58
R10.6 อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี	59
R10.7 อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี	60
R10.8 ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ	62
R11 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	65
R12 ลดอัตราฆ่าตัวตาย	67
R12.1 อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	67
R12.2 ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	70
R13 ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการต่าง ๆด้วย opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	72
R14 งาน CKD	76
R14.1 ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m^2/yr	76
R14.2 ร้อยละของผู้ป่วยDM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	78
R15 ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	79
R16 งานเฝ้าระวังและบำบัดยาเสพติด	81
R16.1 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	81
R16.2 ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	82
R16.3 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	84
R16.4 ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	85
R17 งานการแพทย์ฉุกเฉิน	87
R17.1 ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	87
R17.2 อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (Trauma<12% ,Non Trauma < 12%)	88
R18 ระดับความสำเร็จของการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI)	91

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
R19 ระดับความสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	93
R20 ร้อยละการตรวจ/คัดกรองโรคปอดและมะเร็ง	96
R20.1 ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการประเมินสมรรถภาพปอดด้วยวิธี Spirometry	96
R20.2 ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ30-60 ปี ภายใน 5 ปี (เริ่ม cycle ใหม่ ปี 2563-2567)	97
R20.3 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์	99
R20.4 ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ)	100
R21 ร้อยละผลงานตรวจคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค (ตอบประเด็น Re-Treat)	104
R22 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ใน รพ.สต.	106
R23 อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	108
R24 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทุกกลุ่มวัย	114
R25 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	116
R26 ระดับความสำเร็จการดำเนินงานระบาดวิทยา	120
R27 ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	122
R28 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	125
R29 ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี	128
R30 ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่มีการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate care)	129
R31 อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired	132
R32 ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	135
R33 ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA)	138
R34 ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นที่ 3	141
R35 ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	145
R36 จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน	146
R37 ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	152
R37.1 -RDU ขั้นที่ 2	152
R37.2 -RDU ขั้นที่ 3	155
R37.3 -อำเภอมีการดำเนินการ RDU community ผ่านเกณฑ์ระดับ 3	156
R38 ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	159
R39 จำนวนสถานบริการที่ให้บริการให้คำปรึกษา คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย	162
R40 ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	165

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
R41 การจัดการงานทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ	167
R42 คุณภาพการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	170
R43 ระดับความสำเร็จการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (1 อำเภอ 1 โรงเรียน) (เน้นโรงเรียน ตชด.ทุกแห่ง)	172
R44 ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN hospital	175
R45 ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA	176
R46 ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	180
R47 ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	183
R48 ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น smart Hospital	185
R49 ร้อยละของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ	190
R50 ร้อยละการเบิกจ่ายงบ Non UC (สนง.สสอ.)มีประสิทธิภาพ	192
R51 ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2563	193
R52 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชี	194
ภาคผนวก	198
รายละเอียดประเด็น Re-Treat 10 ประเด็น	
1.Re-Treat ประเด็น อนามัยแม่และเด็ก	
2.Re-Treat ประเด็น ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคุณภาพ	
3.Re-Treat ประเด็นCKD -NCD	
4.Re-Treat ประเด็นSetting โรงเรียน	
5.Re-Treat ประเด็นSetting หมู่บ้าน ชุมชน	
6.Re-Treat ประเด็นDigital Transformation	
7.Re-Treat ประเด็น ลดสารเคมี สารกำจัดศัตรูพืช	
8.Re-Treat ประเด็นHealth Literacy	
9.Re-Treat ประเด็น ป้องกันการฆ่าตัวตาย	
10.Re-Treat ประเด็น พัฒนาระบบส่งต่อ	

แผนการพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2563
ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2579) กระทรวงสาธารณสุข

เป้าหมาย (Goal): ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน

วิสัยทัศน์ (Vision): เป็นองค์กรหลักด้านสุขสภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี

พันธกิจ (Mission): พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน

ค่านิยมองค์กร(Core Value)

M = Mastery เป็นนายตนเอง
O= Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่
P= People Centered ใส่ใจประชาชน
H=Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

วัฒนธรรมองค์กร

- รับผิดชอบ
- ตรงต่อเวลา
- พัฒนาเป็นนิจ
- จิตบริการ
- ทำงานเป็นทีม

นโยบายรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข (นายอนุทิน ชาญวีระกุล)
“ลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ ร่ายกายแข็งแรง ทำให้เศรษฐกิจของประเทศแข็งแรง”

1. **การพัฒนางานสาธารณสุขตามแนวพระราชดำริ** ประกอบด้วย (การดูแลสุขภาพผู้ป่วยในพระราชานุเคราะห์, โรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดน, เรือนจำปันสุข, หน่วยแพทย์ พอ.สว., และโครงการ To Be Number One)

2. **ให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรง มีความมั่นคงทางสุขภาพ**
   -ส่งเสริมความรู้รอบด้านสุขภาพ การออกกำลังกาย ใช้ชุมชนเป็นฐาน
   -พัฒนาเด็กไทยให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อยู่ในครรภ์
   -จัดการดูแลระยะยาวรองรับสังคมสูงวัยอย่างเป็นระบบ
   -จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพอย่าครบวงจรและบูรณาการ

3. **ให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ปลอดภัย ลดเหลื่อมล้ำ ลดแออัด และลดภาระค่าใช้จ่าย**
   -เพิ่มศักยภาพหน่วยบริการทุกระดับ จัดระบบการแพทย์ปฐมภูมิอย่างทั่วถึง (PCC)
   - พัฒนาห้องฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพ (ER คุณภาพ)
   -พัฒนาและยกระดับความรู้ อสม. ให้เป็นหมอประจำบ้าน
   (ระบบบริหารจัดการ Down Line)
   -ใช้ Telemedicine ระบบคิว ระบบส่งต่อ ระบบงานบริการ เชื่อมโยงเป็น Big Data เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริการ (เชื่อมโยงข้อมูลดูร่วมกันภายใต้ระหว่างสถานบริการ)

4. **ผลักดันการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมทางการแพทย์และสาธารณสุข**
   -ให้ประชาชนเข้าถึงการใช้กัญชาและสมุนไพรทางการแพทย์ได้อย่างปลอดภัย
   -ส่งเสริม นวัตกรรมและศูนย์ความเป็นเลิศทางกรแพทย์

5. **เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการ**
   -ยึดหลักธรรมาภิบาล และความโปร่งใส กระจายอำนาจให้เขตสุขภาพ
   -ผู้บริหารทุกระดับต้องให้ความสำคัญในการสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร

นโยบายรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข (ดร.สาธิต ปิตุเตชะ)

1.งานสุขภาพจิต, ลดการฆ่าตัวตาย
2. Street Food
3. การออกกำลังกาย (เน้นกลุ่มที่ไม่เคยออกกำลังกาย)
4. ประกาศสงครามเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง
5. โครงการมหัศจรรย์ 1,000 พัฒนาการสมวัยกลุ่มเด็กปฐมวัย
6. นโยบาย อสม.หมอประจำบ้าน หมอประจำครอบครัว

นโยบายเร่งรัดของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข (11 ประเด็น)

1. โครงการพระราชดำริทุกโครงการที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข

2.ส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย

-กลุ่มแม่และเด็ก

-ผู้สูงอายุ

-เน้นความรอบรู้ด้านสุขภาพHealth Literacy (กินร้อน,ช้อนกลาง,ล้างมือ, ออกกำลังกาย, ลดหวานมันเค็ม, สัญญาณเตือนเฝ้าระวังการฆ่าตัวตาย)

3.การควบคุมป้องกันวัณโรค

4.จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ

-ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่อันตรายต่อสุขภาพ (แบน 3 สาร) ส่งเสริม อสม.เกษตรธรรมชาติ, ผู้บริหารมีความรู้ด้านเกษตรอินทรีย์

-รณรงค์การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) และ AMR

5. พัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ

-อสม.เป็นหมอครอบครัว

-พัฒนาทีม PCC

-กลไกการขับเคลื่อน พชอ.

-พัฒนามาตรฐาน รพ.สต.ติดดาว

6. ลดแออัด ลดรอคอยในโรงพยาบาล

-จัดระบบบริการเพื่อลดความแออัด

-พัฒนาห้องฉุกเฉินคุณภาพ

7. Fast Track

-Stroke

-STEMI

8. การเข้าถึงกัญชาทางการแพทย์

9. นวัตกรรมทางการแพทย์เพื่อเศรษฐกิจ

-สมุนไพร การนวดไทย (เน้นกิจกรรมทับหม้อเกลือ) และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเสริมเศรษฐกิจ

10. องค์กรคุณภาพ

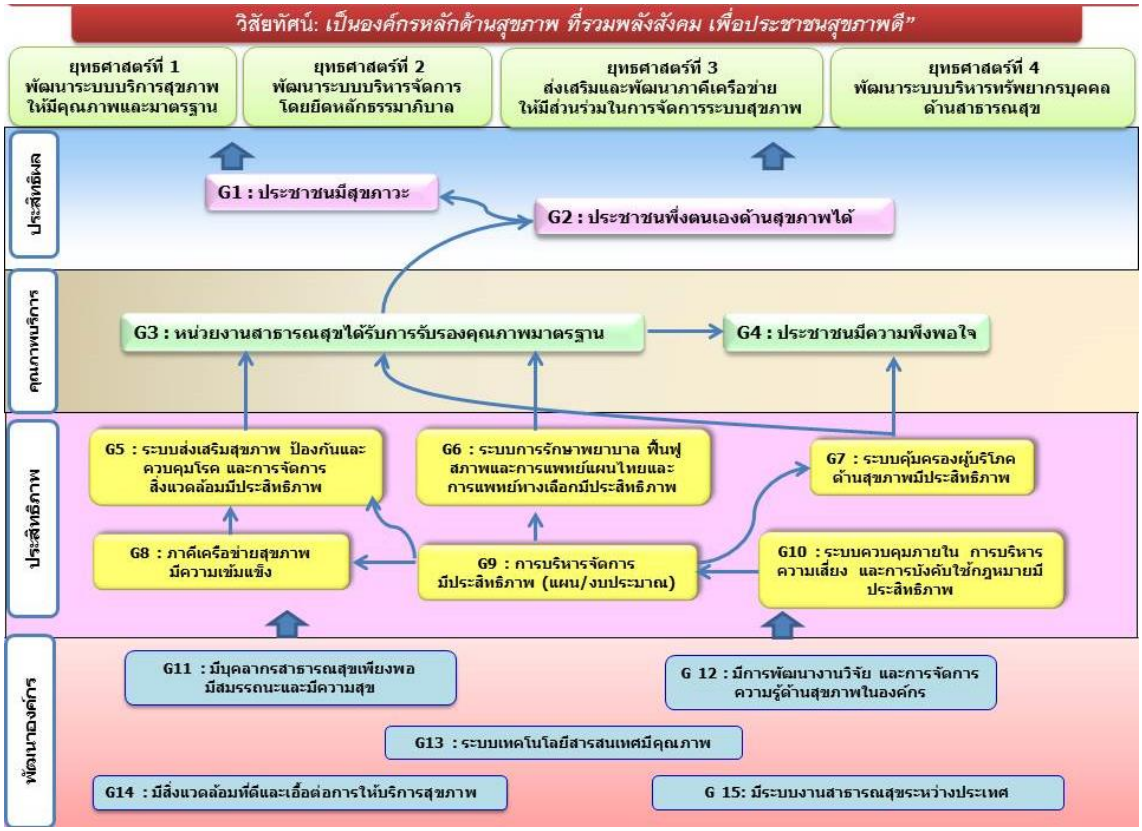
-HA

-PMQA

-องค์กรแห่งความสุข

11. นวัตกรรมการบริหารจัดการของเขตสุขภาพ

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2563



นโยบายสำคัญ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีปีงบประมาณ 2563
นายแพทย์สุวิทย์ โรจนศักดิ์โสธร

1. One Health(แม่ข่าย รพ.) และลูกข่าย (สนง.สสอ.+รพ.สต.) ของแต่ละ คปสอ. รวมกันเป็นหนึ่งเดียว)
2. การบริหารจัดการแผนให้เป็น Single Plan(แผนงาน,แผนคน,งบลงทุน,วัสดุ, เน้นบริหารงบประมาณแบบ Zero SUM Game)
3. เน้นการกำกับแผนงานอย่างเคร่งครัด
4. เน้นระบบควบคุมภายในที่มีประสิทธิภาพ
5. งานนโยบายเน้นหนักทุกงานจะต้องแต่งตั้งผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ, ระดับตำบล ที่ชัดเจน (PM =Project Manager) ทำหน้าที่กำกับติดตามทุกงาน อย่างต่อเนื่อง
6. เน้นการพัฒนางานตามประเด็น Re-treat 3 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

6.1 กลุ่ม Agenda Base เน้นหนักประเด็นดังต่อไปนี้

1. ลดผลกระทบการใช้สารเคมีการเกษตร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)
3. ส่งเสริมการออกกำลังกาย กลุ่มที่ไม่เคยออกกำลังกาย
4. อสม. หมอประจำบ้าน, หมอประจำครอบครัว

6.2 กลุ่ม Function Base เน้นหนักประเด็นดังต่อไปนี้

1. งานสุขภาพจิต
2. พัฒนาระบบส่งต่อ
3. DM/HT

6.3 กลุ่ม Area Base เน้นหนักประเด็น 6 ประเด็น ประกอบด้วย

1. การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก
2. การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ
3. NCD/CKD
4. Digital Transformation
5. หมู่บ้านชุมชน ,อสม.
6. อนามัยโรงเรียน

เป้าหมายพื้นที่ Best of the Best ตามประเด็น Re–Treat

ประเด็น Re-treat		อำเภอ
Area Base	CKD DM HT	เขื่องใน, บุณฑริก
	การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	เขมราฐ, นาจะหลวย
	การดูแลสุขภาพแม่และเด็ก	ดอนมดแดง, ตาลสุม, กุดข้าวปุ้น
	การจัดบริการ setting โรงเรียน	โพธิ์ไทร, พิบูลมังสาหาร
	การจัดบริการ setting ชุมชน	นาตาล, นาเยีย
	Digital Transformation	เหล่าเสือโก้ก, วารินชำราบ, ทุ่งศรีอุดม
Functional Base	**การฆ่าตัวตาย**	ตระการพืชผล, น้ำยืน, น้ำขุ่น,
	การพัฒนาระบบ Refer	สิรินธร, เดชอุดม
Agenda Base	Health Literacy	เมือง, ศรีเมืองใหม่, โขงเจียม
	ยาฆ่าแมลง	ม่วงสามสิบ, สำโรง, สว่างวีระวงศ์

ตัวชี้วัดปีงบประมาณ 2563

ระดับตัวชี้วัด		ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
กระทรวง	PA			
K1		1.อัตราส่วนการตายมารดาไทย ≤ 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	≤ 17 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ส่งเสริมสุขภาพ
K2		2.ร้อยละเด็ก 0-5 ปีตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ 85	ส่งเสริมสุขภาพ
K3		3.ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีสูงดีสมส่วน	ร้อยละ60	ส่งเสริมสุขภาพ
K4		4.เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	ส่งเสริมสุขภาพ
K5		5.ร้อยละของเด็กอายุ 6-14 ปีสูงดีสมส่วน	ร้อยละ 66	ส่งเสริมสุขภาพ
K6		6.อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	ไม่เกิน34 ต่อประชากรหญิง 15-19ปี 1,000คน)	ส่งเสริมสุขภาพ
K7		7.ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan	ร้อยละ 80	ส่งเสริมสุขภาพ
K8		8.ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ 60	ส่งเสริมสุขภาพ
K9		9.ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care)ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 80	ส่งเสริมสุขภาพ
K10		10.จำนวนครอบครัวไทยมีความรอบรู้สุขภาพเรื่องกิจกรรมทางกาย	24,699 ครอบครัว	พัฒน์รูปแบบ
K11	PA4	11.ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ 70	พัฒน์รูปแบบ
K12		12.ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับจังหวัด	ระดับ 5 ร้อยละ 50	NCD การแพทย์ สุขภาพจิต
K13		13.ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน/และหรือความดันโลหิตสูง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	NCD การแพทย์ สุขภาพจิต
K14		14.ร้อยละของจังหวัดมีการขับเคลื่อนมาตรการยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูงร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค	(อย่างน้อยจังหวัดละ 1 เรื่อง) (ร้อยละ 100)	อนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ
K15		15.ร้อยละของจังหวัดมีระบบรับแจ้งข่าว การใช้/การป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอต, คลอร์ไพริฟอส, ไกลโฟเสต) โดยประชาชน/อสม.ผ่าน Mobile Application สู่หน่วยบริการ (คลินิกสารเคมีเกษตร/คลินิกโรคจากการทำงาน)	ร้อยละ 100	อนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ
K16		16.ร้อยละของจังหวัดมีการจัดทำฐานข้อมูลอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม (Occupation and Environmental Health Profile : OEHP) ด้านเกษตรกรรมและมีรายงานการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตจากสารเคมีทางการเกษตร (รหัสโรค T60)	ร้อยละ 100	อนามัย สิ่งแวดล้อม ฯ
K17		17.ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ 80	คบส.

ระดับตัวชี้วัด		ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
กระทรวง	PA			
K18		18.ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN Hospital ระดับดีมากขึ้นไป	ร้อยละ 75	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
K19		19.ร้อยละของจังหวัดมีระบบจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	ร้อยละ 80 จังหวัดผ่านเกณฑ์ระดับดี	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
K20		20.ร้อยละของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	ร้อยละ 25	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K21		21.ร้อยละขอประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของ รพศ./รพท. มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์ที่ผ่านการอบรมและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิดูแลด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว	ร้อยละ 40	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K22		22.ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ 70	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K23	PA5	23.จำนวน อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม.หมอประจำครอบครัว (1หมู่บ้าน/ 1คน)	1หมู่บ้าน/ 1คน	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K24		24.ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และระยะเวลาที่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม	น้อยกว่าร้อยละ 7	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K25	PA1	25.อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	มากกว่าร้อยละ 85	ควบคุมโรค
K26	PA2	26.ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)	ขั้น 2 (ร้อยละ60) ขั้น 3 (ร้อยละ20)	คบส.
K27	PA3	27.ร้อยละของโรงพยาบาลมีระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ 7.5 จากปี 2562	คบส.
K28		28.ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	ลดลงร้อยละ 10	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K29		29.อัตราตายทารกแรกเกิด	ลดลงน้อยกว่า 3.7ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ	ส่งเสริมสุขภาพ
K30		30.ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 40	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K31		31.ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 19.5	แพทย์แผนไทย
K32		32.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพ	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 68	NCD การแพทย์สุขภาพจิต
K33		33.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 6.3 ต่อประชากรแสนคน	NCD การแพทย์สุขภาพจิต

ระดับตัวชี้วัด		ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบ
กระทรวง	PA			
K34		34.อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired	น้อยกว่าร้อยละ 28	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K35		35.ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีทีม Refracture Prevention ในโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ M1 ขึ้นไป ที่มีแพทย์ออร์โธปิดิกส์เพิ่มขึ้น ให้ได้อย่างน้อย 1 ทีมต่อ1 เขตสุขภาพ	อย่างน้อย 1 ทีม ต่อ1 เขตสุขภาพ	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K36		36.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และการให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ไม่เกินร้อยละ 9	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K37		37.ร้อยละผู้ป่วยมะเร็ง 5 อันดับแรกได้รับการรักษาภายในระยะเวลาที่กำหนด	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K38		38.ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ e-GFR<5ml/min/1.73m^2/yr	ร้อยละ 66	NCD การแพทย์สุขภาพจิต
K39		39.ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ 85	NCD การแพทย์สุขภาพจิต
K40		40.อัตราส่วนของจำนวนผู้ยินยอมบริจาคอวัยวะจากผู้ป่วยสมองตาย ต่อจำนวนผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล (โรงพยาบาลระดับ A S)	โรงพยาบาลระดับ A Sสัดส่วน 1 : 0.9	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K41		41.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ 50	NCD การแพทย์สุขภาพจิต
K42		42.ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมินบำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 60	NCD การแพทย์สุขภาพจิต
K43		43.ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate bed/ward)	ร้อยละ 50	NCD การแพทย์สุขภาพจิต
K44		44.ร้อยละของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดแบบ One Day Surgery	ร้อยละ 60	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K45	PA9	45.จำนวนคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์นำร่อง (อย่างน้อยเขตสุขภาพละ 1 แห่ง)	เขตสุขภาพละ 1 แห่ง	คบส.
K46		46.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน (triage level1) ภายใน24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A S M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	ทั้งที่ ER และ Admit น้อยกว่าร้อยละ 12	NCD การแพทย์สุขภาพจิต
K47		47. ร้อยละของประชาชนเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 24	NCD การแพทย์สุขภาพจิต
K48	PA8	48.ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ผ่านเกณฑ์ ER คุณภาพ	ร้อยละ 80	NCD การแพทย์สุขภาพจิต
K49		49.จำนวนผู้ป่วยที่ไม่ฉุกเฉินในห้องฉุกเฉินระดับ 4 และ5 (Non trauma)ลดลง	ลดลง(ร้อยละ 5)	NCD การแพทย์สุขภาพจิต

ระดับตัวชี้วัด		ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงาน ที่รับผิดชอบ
กระทรวง	PA			
K50		50.ร้อยละของจังหวัดเป้าหมายที่มีหน่วยบริการตั้งอยู่บนพื้นที่เกาะมีการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับการท่องเที่ยวทางทะเลที่มีประสิทธิภาพ	ระดับ 5	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K51		51.ร้อยละที่เพิ่มของรายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงามและแพทย์แผนไทย	เพิ่มร้อยละ 5	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K52		52.ระดับความสำเร็จของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการระบบการผลิตและพัฒนากำลังคนได้ตามเกณฑ์	ผ่านเกณฑ์ 5 องค์ประกอบ 3คะแนนทุกองค์ประกอบ	บริหาร (การเจ้าหน้าที่)
K53		53.ร้อยละของเขตสุขภาพที่มีการบริหารจัดการกำลังคนที่มีประสิทธิภาพ	ตำแหน่งว่างคงเหลือไม่เกินร้อยละ 4	บริหาร (การเจ้าหน้าที่)
K54		54. ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ 90) (พัฒนาหมวด1-6)	นิติการ
K55		55.ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	สสอ.ร้อยละ 90 สสจ. ร้อยละ 90	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K56		56.ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นที่ 3	รพศ./รพท. ร้อยละ 100 รพช.ร้อยละ 90	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K57	PA6	57.ร้อยละของ รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	สะสมร้อยละ 75	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K58		58.จำนวนองค์กรแห่งความสุข ที่มีคุณภาพมาตรฐาน	ร้อยละ 10	บริหาร (HRD)
K59		59. ร้อยละของจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ 80	ยุทธศาสตร์
K60	PA7	60.ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital	ร้อยละ 80	ยุทธศาสตร์
K61		61.จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการรับยาที่ร้านยา	50 แห่ง	คบส.
K62		62.ความแตกต่างอัตราการใช้สิทธิ์ (Compliance rate) เมื่อไปใช้บริการผู้ป่วยใน (IP) ของผู้มีสิทธิ์ใน 3 ระบบ	ประเมินระดับประเทศ	ประกันสุขภาพ
K63		63.ระดับความสำเร็จของการจัดทำสิทธิประโยชน์กลางผู้ป่วยใน ของระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ	ประเมินระดับประเทศ	ประกันสุขภาพ
K64		64.ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	-ระดับ 7 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 4 -ระดับ 6 น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8	บริหาร(การเงิน)
K65		65.จำนวนนวัตกรรมและเทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	อย่างน้อย 8 เรื่อง	พัฒน์รูปแบบ ฯ
K66	PA10	66.ร้อยละของเขตสุขภาพมีการพัฒนาระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ	ผ่านระดับ 5 ร้อยละ 100	HRM
K67		67.ร้อยละของกฎหมายที่ควรปรับปรุงได้รับการแก้ไขและมีการบังคับใช้	ร้อยละ 100 จำนวน 10 ฉบับ	นิติการ

ระดับตัวชี้วัด			ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
กระทรวง	PA	Ranking			
ตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2563					
		R1	1.ระดับความสำเร็จการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กเพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน*(KPI1)*	ความสำเร็จระดับ 5	ส่งเสริมสุขภาพ
		R2	2.อัตราตายทารกแรกเกิด	ลดอัตราตายทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ28วัน <3.7 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	ส่งเสริมสุขภาพ
		R3	3.การพัฒนางานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก		ส่งเสริมสุขภาพ
		R3.1	3.1ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย *(KPI 2)*	ร้อยละ 85	ส่งเสริมสุขภาพ
		R3.2	3.2 ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	ส่งเสริมสุขภาพ
		R3.3	3.3 เด็กอายุ 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ 20	ส่งเสริมสุขภาพ
		R3.4	3.4 เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	ส่งเสริมสุขภาพ
		R4	ระดับความสำเร็จการพัฒนาศูนย์เด็กคุณภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	ส่งเสริมสุขภาพ
		R5	งานคัดกรองพัฒนาการเด็กล่าช้า		NCD
		R5.1	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน(TEDA4I)	ร้อยละ 65	NCD
		R5.2	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี	≥ ร้อยละ 30	NCD
		R6	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี *(KPI 6)*	ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ส่งเสริมสุขภาพ
		R7	ร้อยละของการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan *(KPI 7)*	ร้อยละ 80	ส่งเสริมสุขภาพ
		R8	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุระยะยาว (Long term care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ *(KPI 9)*	ร้อยละ 80	ส่งเสริมสุขภาพ
		R9	ระดับความสำเร็จของอำเภอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข(PHEOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง *(KPI 12)*	ความสำเร็จระดับ 5	NCD
		R10	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง *(KPI 13)*		NCD
		R10.1	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	≥ร้อยละ60	NCD
		R10.2	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง(Home BP)	≥ร้อยละ60	NCD

ระดับตัวชี้วัด			ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
กระทรวง	PA	Ranking			
		R10.4	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	ร้อยละ 90	NCD
		R10.5	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ 90	NCD
		R10.6	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี	≥ร้อยละ 40	NCD
		R10.7	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี	≥ร้อยละ 50	NCD
		R10.8	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ	≥ร้อยละ 70	NCD
		R11	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต *(KPI 32)*	≥ร้อยละ 68	NCD
		R12	ลดอัตราการฆ่าตัวตาย		NCD
		R12.1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ *(KPI 33)*	≤ 6.3 ต่อแสนประชากร	NCD
		R12.2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 85	NCD
		R13	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการต่างๆด้วย opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ *(KPI 30)*	ร้อยละ 40	NCD
		R14	งาน CKD		NCD
		R14.1	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m^2/yr *(KPI 38)*	ร้อยละ 66	NCD
		R14.2	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	≥ร้อยละ 80	NCD
		R15	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน *(KPI 39)*	ร้อยละ 85	NCD
		R16	งานเฝ้าระวังและบำบัดยาเสพติด		NCD
		R16.1	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate) *(KPI 41)*	ร้อยละ 50	NCD
		R16.2	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมินบำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 60	NCD
		R16.3	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ 50	NCD
		R16.4	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ 50	NCD

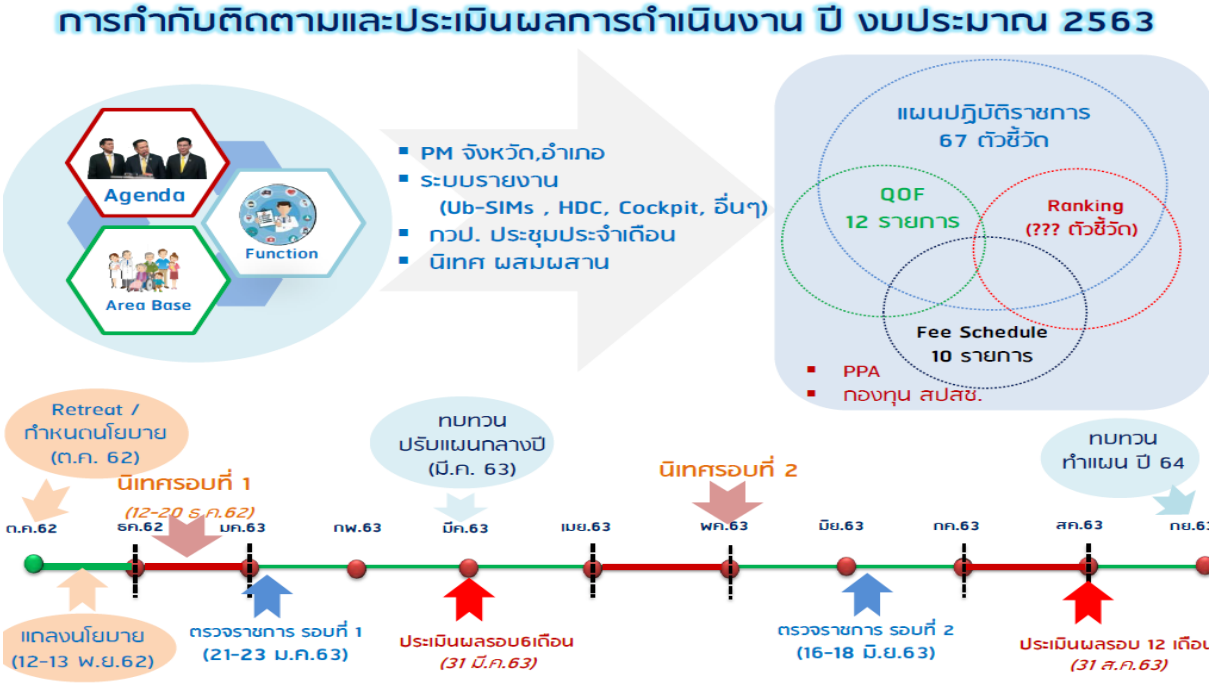
ระดับตัวชี้วัด			ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
กระทรวง	PA	Ranking			
		R17	งานการแพทย์ฉุกเฉิน		NCD
		R17.1	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน *(KPI 47)*	>ร้อยละ 26	NCD
		R17.2	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (Trauma<12%,Non Trauma < 12%) *(KPI 46)*	น้อยกว่าร้อยละ 12	NCD
		R18	ระดับความสำเร็จของการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI)	ความสำเร็จระดับ 5	NCD
		R19	ระดับความสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	ความสำเร็จระดับ 5	NCD
		R20	ร้อยละการตรวจ/คัดกรองโรคปอดและมะเร็ง		NCD
		R20.1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการประเมินสมรรถภาพปอดด้วยวิธี Spirometry	≥ร้อยละ 60	NCD
		R20.2	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (เริ่ม cycle ใหม่ ปี 2563-2567)	ร้อยละ 20	NCD
		R20.3	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์	≥ร้อยละ 80	NCD
		R20.4	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ)	≥ร้อยละ 80	NCD
		R21	ร้อยละผลงานตรวจคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค	ร้อยละ 80	NCD
		R22	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ใน รพ.สต.	ความสำเร็จระดับ 5	NCD
		R23	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่ *(KPI 25) (PA1)*	ร้อยละ 85	ควบคุมโรค
		R24	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทุกกลุ่มวัย (EPI ทุกกลุ่มวัย)	ความสำเร็จระดับ 5	ควบคุมโรค
		R25	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	ความสำเร็จระดับ 5	ควบคุมโรค
		R26	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานระบาดวิทยา	ความสำเร็จระดับ 5	ควบคุมโรค
		R27	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ความสำเร็จระดับ 5	พัฒน์รูปแบบ
		R28	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่ *(KPI 20)*	(สะสม) ร้อยละ 25	พัฒน์รูปแบบ

ระดับตัวชี้วัด			ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
กระทรวง	PA	Ranking			
		R29	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี *(KPI 23)*	ร้อยละ 70	พัฒน์รูปแบบ
		R30	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่มีการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate care) *(KPI 43)*	ร้อยละ 50	พัฒน์รูปแบบ
		R31	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired *(KPI 34)*	<ร้อยละ 28	พัฒน์รูปแบบ
		R32	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 50	พัฒน์รูปแบบ
		R33	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA) *(KPI 55)*	-สสจ. (ระดับ 5) ร้อยละ 90 -สสอ.(ระดับ5) ร้อยละ 90	พัฒน์รูปแบบ
		R34	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นที่ 3 *(KPI 56)*	-รพศ./รพท. (ร้อยละ100) -รพช. (ร้อยละ90)	พัฒน์รูปแบบ
		R35	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว *(KPI 57)(PA 6)*	สะสม (ร้อยละ 75)	พัฒน์รูปแบบ
		R36	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน *(KPI 58)*	-รพศ./รพท. สสจ. เขตละ 1 แห่ง -รพช.สสอ. (ร้อยละ 10)	บริหารทรัพยากรบุคคล
		R37	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) *(KPI 26)(PA 2)*		คบส.
		R37.1	-RDU ขั้นที่ 2	-รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60) -รพ.ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 100)	คบส.
		R37.2	-RDU ขั้นที่ 3	-รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80) -รพ.ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ100)	คบส.
		R37.3	อำเภอมีการดำเนินการ RDU community ผ่านเกณฑ์ระดับ 3	ร้อยละ 100	คบส.

ระดับตัวชี้วัด			ชื่อตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
กระทรวง	PA	Ranking			
		R38	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR) *(KPI 27)(PA 3)*	รพ.ระดับ A S M1 มีระบบ AMR อย่างบูรณาการระดับ Intermediate การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง 7.5% จากปี 2561	คบส.
		R39	1.ร้อยละ รพศ/รพท.ที่จัดตั้งคลินิกการใช้กัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนไทย 2.จำนวนสถานบริการที่ให้คำปรึกษาคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย *(KPI 45)(PA 9)*	-รพศ/รพท. (ร้อยละ80) -รพช.จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาทุกโรงพยาบาล	คบส.
		R40	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ 19.5	แพทย์แผนไทย
		R41	การจัดการงานทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ	ความสำเร็จระดับ 5	ทันตสาธารณสุข
		R42	คุณภาพการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย	ความสำเร็จระดับ 5	ทันตสาธารณสุข
		R43	ระดับความสำเร็จการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (1อำเภอ 1 โรงเรียน) (เน้นโรงเรียน ตชด.ทุกแห่ง)	ความสำเร็จระดับ 5	ทันตสาธารณสุข
		R44	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN hospital *(KPI 18)*	-ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป (ร้อยละ 75) -ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus (ร้อยละ30)	อนามัยสิ่งแวดล้อม ฯ
		R45	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA *(KPI 54)*	ร้อยละ 90	นิติการ
		R46	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน *(KPI 64)*	ระดับ7≤ร้อยละ 4 ระดับ6≤ร้อยละ 8	ประกันสุขภาพ/บริหารการเงิน
		R47	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล *(KPI 59)*	ร้อยละ 80	ยุทธศาสตร์
		R48	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital *(KPI 60)*	ร้อยละ 100	ยุทธศาสตร์
		R49	ร้อยละของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ	ความสำเร็จระดับ 5	ยุทธศาสตร์
		R50	ร้อยละการเบิกจ่ายงบ Non UC (สนง.สสอ.) มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 100	ยุทธศาสตร์
		R51	ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2563	ร้อยละ 100	ยุทธศาสตร์
		R52	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชี	ร้อยละ 100	บริหาร(การเงิน)

การนิเทศงานและประเมินผลการพัฒนางานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2563

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานประจำปีงบประมาณ 2563 ดังนี้



กระบวนการติดตาม Monitoring ผ่านกระบวนการติดตามจากผู้รับผิดชอบหลัก PM ระดับจังหวัด และอำเภอ, การรายงาน โดยติดตามรายงานผ่านระบบ Ub-SimsHDC Cockpit การติดตามผ่านการประชุมคณะกรรมการ กวป. ประจำเดือน และจากการนิเทศงานรอบที่ 1 และรอบที่ 2

การติดตามจากตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข (67 ตัวชี้วัด) QOF จำนวน 12 รายการ Fee schedule 10 รายการ, Ranking จำนวน 52 ตัวชี้วัด , งบ PPA กองทุน สปสช.

1) **การนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสานปีงบประมาณ 2563**
   ครั้งที่ 1 ห้วงเดือนธันวาคม 2562
   ครั้งที่ 2 ห้วงเดือนพฤษภาคม 2563
2) **กำหนดการประเมินผลงาน(Ranking)**
   ครั้งที่ 1 ผลงานระหว่างเดือนตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563
   ครั้งที่ 2 ผลงานระหว่างเดือน เมษายน 2563 – 31 สิงหาคม 2563

รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2563 (จำนวน 52 ตัวชี้วัด)

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานรับผิดชอบ	น้ำหนักคะแนน
R1	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก เพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ ความสำเร็จระดับ 5	ส่งเสริมสุขภาพ	2.00
R2	อัตราตายทารกแรกเกิด	ลดอัตราตายทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ28วัน <3.7 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	ส่งเสริมสุขภาพ	2.00
R3	**การพัฒนางานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก**		ส่งเสริมสุขภาพ	
R3.1	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85	ส่งเสริมสุขภาพ	0.50
R3.2	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ 90	ส่งเสริมสุขภาพ	0.50
R3.3	เด็กอายุ 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20	ส่งเสริมสุขภาพ	0.50
R3.4	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ 90	ส่งเสริมสุขภาพ	1.00
R4	ระดับความสำเร็จการพัฒนาศูนย์เด็กคุณภาพ (ตอบประเด็น Re-treat)	ระดับความสำเร็จระดับ 5	ส่งเสริมสุขภาพ	2.00
R5	**งานคัดกรองพัฒนาการเด็กล่าช้า**		NCD	
R5.1	ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน(TEDA4I)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65	NCD	1.00
R5.2	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30	NCD	1.50
R6	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	ส่งเสริมสุขภาพ	2.00

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานรับผิดชอบ	น้ำหนักคะแนน
R7	ร้อยละของการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan	ร้อยละ 80	ส่งเสริมสุขภาพ	2.00
R8	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long term care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์	ร้อยละ 80	ส่งเสริมสุขภาพ	2.00
R9	ระดับความสำเร็จของอำเภอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ระดับความสำเร็จระดับ 1-5 ร้อยละ 50	NCD	1.00
R10	**การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง**		NCD	
R10.1	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	NCD	0.25
R10.2	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Home BP)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	NCD	0.25
[redacted]				
R10.4	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	NCD	0.25
R10.5	ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	NCD	0.25
R10.6	อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40	NCD	1.00
R10.7	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 50	NCD	0.50
R10.8	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ	≥ร้อยละ 70 และผ่านระดับดีขึ้นไป	NCD	1.00
R11	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	≥ร้อยละ 68	NCD	1.00

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานรับผิดชอบ	น้ำหนักคะแนน
R12	**ลดอัตราฆ่าตัวตาย**			
R12.1	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	≤ 6.3 ต่อแสนประชากร	NCD	1.00
R12.2	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ 85	NCD	1.00
R13	ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการต่าง ๆด้วย opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	ร้อยละ 40	NCD	1.00
R14	**งาน CKD**		NCD	
R14.1	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m^2/yr	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66	NCD	1.00
R14.2	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	NCD	0.75
R15	ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ 85	NCD	1.00
R16	**งานเฝ้าระวังและบำบัดยาเสพติด**		NCD	
R16.1	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ 50	NCD	1.00
R16.2	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ 60	NCD	0.50
R16.3	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ 50	NCD	0.50
R16.4	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ 50	NCD	0.50

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานรับผิดชอบ	น้ำหนักคะแนน
R17	**งานการแพทย์ฉุกเฉิน**		NCD	
R17.1	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26	NCD	0.75
R17.2	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (Trauma<12%,Non Trauma<12%)	น้อยกว่าร้อยละ 12	NCD	1.50
R18	ระดับความสำเร็จของการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI)	ระดับความสำเร็จระดับ 5	NCD	0.50
R19	ระดับความสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	ระดับความสำเร็จระดับ 5	NCD	0.50
R20	**ร้อยละการตรวจ/คัดกรองโรคปอดและมะเร็ง**		NCD	
R20.1	ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการประเมินสมรรถภาพปอดด้วยวิธี Spirometry	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	NCD	0.50
R20.2	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (เริ่ม cycle ใหม่ ปี 2563-2567)	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20	NCD	0.50
R20.3	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์	≥ร้อยละ 80	NCD	0.50
R20.4	ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ)	≥ร้อยละ 80	NCD	0.50
R21	ร้อยละผลงานตรวจคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค(ตอบประเด็น Re-Treat)	ร้อยละ 80	NCD	2.00
R22	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ใน รพ.สต.	ความสำเร็จระดับ 5	NCD	2.00

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานรับผิดชอบ	น้ำหนักคะแนน
R23	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ 85	ควบคุมโรค	2.00
R24	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทุกกลุ่มวัย	ระดับความสำเร็จ ระดับ 5	ควบคุมโรค	2.00
R25	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก	ระดับความสำเร็จ ระดับ 5	ควบคุมโรค	2.00
R26	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานระบาดวิทยา	ระดับความสำเร็จ ระดับ 5	ควบคุมโรค	2.00
R27	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ระดับความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 70)	พัฒนารูปแบบ ฯ	2.00
R28	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่	(สะสม) ร้อยละ 25	พัฒนารูปแบบ ฯ	2.00
R29	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี	ร้อยละ 70	พัฒนารูปแบบ ฯ	2.00
R30	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่มีการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate care)	ร้อยละ 50	พัฒนารูปแบบ ฯ	2.00
R31	อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired	<ร้อยละ 28	พัฒนารูปแบบ ฯ	2.00
R32	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด	ร้อยละ 50	พัฒนารูปแบบ ฯ	2.00
R33	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA)	-สสจ. (ระดับ 5) ร้อยละ 90 -สสจ.(ระดับ5) ร้อยละ 90	พัฒนารูปแบบ ฯ	2.00
R34	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นที่ 3	-รพศ./รพท. (ร้อยละ100) -รพช. (ร้อยละ90)	พัฒนารูปแบบ ฯ	2.00

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานรับผิดชอบ	น้ำหนักคะแนน
R35	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	สะสม (ร้อยละ 75)	พัฒนารูปแบบ ฯ	2.00
R36	จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน	-รพศ./รพท. สสจ.เขตละ 1 แห่ง -รพช.สสอ. (ร้อยละ 10)	บริหารทรัพยากรบุคคล	2.00
R37	**ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)**		คบส.	
R37.1	-RDU ขั้นที่ 2	-รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 60) -รพ.ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 100)	คบส.	1.25
R37.2	-RDU ขั้นที่ 3	-รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ 80) -รพ.ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ100)	คบส.	1.25
R37.3	-อำเภอมีการดำเนินการ RDU community ผ่านเกณฑ์ระดับ 3	ร้อยละ 100	คบส.	1.00
R38	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)	รพ.ระดับ A S M1 มีระบบ AMR อย่างบูรณาการระดับ Intermediate การติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง 7.5% จากปี 2561	คบส.	1.25
R39	จำนวนสถานบริการที่ให้บริการให้คำปรึกษาคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย	รพ.มีใบอนุญาต ยส.5 และมีคลินิกให้คำปรึกษาและเฝ้าระวังการใช้กัญชาและ รพ. รพ.ระดับ A S M1 ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ (ร้อยละ 80)	คบส.	1.25
R40	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	มากกว่าร้อยละ 19.5	แพทย์แผนไทย	2.00

รหัส	ชื่อตัวชี้วัด Ranking	ค่าเป้าหมาย	กลุ่มงานรับผิดชอบ	น้ำหนักคะแนน
R41	การจัดการงานทันตสาธารณสุข สู่ความเป็นเลิศ	ระดับความสำเร็จระดับ 5	ทันตสาธารณสุข	2.00
R42	คุณภาพการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ ตามกลุ่มวัย	ระดับความสำเร็จระดับ 5	ทันตสาธารณสุข	2.00
R43	ระดับความสำเร็จการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (1 อำเภอ 1 โรงเรียน) (เน้นโรงเรียน ตชด.ทุกแห่ง)	ระดับความสำเร็จระดับ 5	ทันตสาธารณสุข	2.00
R44	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN hospital	-ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป (ร้อยละ 75) -ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus (ร้อยละ30)	อนามัยสิ่งแวดล้อม	2.00
R45	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA	หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 90	นิติการ	2.00
R46	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน	ระดับ7≤ร้อยละ 4 ระดับ6≤ร้อยละ 8	ประกันสุขภาพ	2.00
R47	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล	ร้อยละ 80	ยุทธศาสตร์ ฯ	2.00
R48	ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น smart Hospital	ร้อยละ 100	ยุทธศาสตร์ ฯ	2.00
R49	ร้อยละของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ	ระดับความสำเร็จระดับ 5	ยุทธศาสตร์ ฯ	2.00
R50	ร้อยละการเบิกจ่ายงบ Non UC (สนง.สสอ.) มีประสิทธิภาพ	ร้อยละ 100	ยุทธศาสตร์ ฯ	2.00
R51	ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2563	ร้อยละ 100	ยุทธศาสตร์ ฯ	2.00
R52	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชี	ร้อยละ 100	บริหาร (การเงิน)	2.00

รายละเอียดตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2563

(Template KPI Ranking 2563)

ตัวชี้วัด (R1)	(ระดับความสำเร็จการดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก) เพื่อลดอัตราส่วนการตายมารดาไทยต่อการเกิดมีชีพแสนคน
คำนิยาม	1. **การตายมารดา** หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ภายใน 42 วัน แม้ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใด หรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้อง หรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์**และหรือ**การดูแลขณะตั้งครรภ์ และคลอด **แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุ** ต่อการเกิดมีชีพแสนคน 2. **การเยี่ยมเสริมพลัง** หมายถึง กระบวน(process)การเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นที่มีหลักการและเหตุผลบนหลักฐานเชิงประจักษ์และวิชาการได้ผลลัพธ์เป็นระบบ (system) หรือแนวทาง(guideline) การดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดอย่างมีคุณภาพลดการตายมารดา ตลอดจนชื่นชมให้กำลังใจผู้ปฏิบัติงาน ผู้ให้บริการ ภาคีเครือข่าย ใช้ศักยภาพของตนเองและทีมงานดำเนินงานอย่างเต็มความสามารถในการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็กให้ได้มาตรฐานสอดคล้องกับบริบท
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบ(system)การดูแลมารดาขณะตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ให้มีคุณภาพและให้มีมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กตามที่กำหนด 2.ติดตามการดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด ให้มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อลดการตายของมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ สู่ระยะคลอด และหลังคลอด 3. พัฒนาระบบส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงและฉุกเฉินอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์, หญิงขณะรอคลอด ขณะคลอด และหญิงหลังคลอดภายใน 42 วัน
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. การรายงานการตาย มีขั้นตอนดังนี้ 1.1 สถานบริการสาธารณสุขแจ้งข้อมูลการตายมารดาให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใน 24 ชั่วโมง 1.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรายงานการตายมารดาให้กับศูนย์อนามัยและกรมอนามัย ภายใน 24 ชั่วโมง 1.3 ศูนย์อนามัยแจ้งข้อมูลการตายพร้อมสาเหตุการตายให้กับกรมอนามัย ภายใน 7 วัน 1.4 ศูนย์อนามัยจัด Case conference มารดาตาย ร่วมกับ MCH Board ระดับเขต จังหวัด และส่งต่อรายงานให้กรมอนามัยภายใน 45 วัน
แหล่งข้อมูล	หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
รายการข้อมูลที่ 1	A :จำนวนมารดาตายระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอดภายใน 42 วัน ทุกสาเหตุ **ยกเว้น** อุบัติเหตุในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ 2	B :จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100,000
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2,4

เกณฑ์คะแนน Ranking ปี 2563	**ระดับ 1 คะแนน** มีรายละเอียดดังนี้ 1.มีคณะกรรมการงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) 2. มีการประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนงานอนามัยแม่และเด็ก (MCH Board) ทุก 6 เดือน **ระดับ 2 คะแนน** มีรายละเอียดดังนี้

	1. มีเกณฑ์ความเสี่ยงคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ 2. มีผลการคัดกรองและทะเบียนการคัดกรองความเสี่ยงของหญิงตั้งครรภ์ (ใช้เกณฑ์ในสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก) และหญิงหลังคลอด (ใช้เกณฑ์กรมการแพทย์) **ระดับ 3 คะแนน** มีรายละเอียดดังนี้ 1. มีการประชุมวิชาการผู้ป่วยรายกรณีที่เป็นความเสี่ยง หรือประชุมประจำปีของหน่วยงาน 2. มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยทางคลินิก (CPG)ในภาวะปติ ภาวะเสี่ยง และวิกฤติ 3.มีการซ้อมแผนภาวะวิกฤติ ในกรณี มารดามีภาวะวิกฤติ หรือภาวะเสี่ยงที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ปีละ 1 ครั้ง เช่น ตกเลือดหลังคลอด **ระดับ 4 คะแนน** มีรายละเอียดดังนี้ 1.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพและการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินคลอด ปีละ 1 ครั้ง 2. โรงพยาบาลผ่านการประเมินรับรอง โรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก 3. ไม่มีมารดาตาย **ระดับ 5 คะแนน**มีรายละเอียดดังนี้ 1. มีการดำเนินงานตามรายละเอียดระดับคะแนน 1-4 ทุกข้อ
เอกสารสนับสนุน	1.แบบรายงานการตายมารดา CE หรือ แบบรายงาน ก1 หรือ แบบสอบสวนการตายมารดา (อื่นๆ ถ้ามี) 2. แบบประเมินความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ 3. มาตรฐานบริการอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
อัตราส่วนการตายมารดา	อัตราส่วนการตายต่อการเกิดมีชีพแสนราย	11.40	13.40	6.45

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 089-624-9475 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 โทรสารที่ทำงาน : 045-241-918 E-mail : keng295@hotmail.com

ตัวชี้วัด (R2)	อัตราตายทารกแรกเกิด
คำนิยาม	**ทารกแรกเกิด** หมายถึง ทารกที่คลอด รอดออกมามีชีวิตจนถึง 28 วัน ในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ลดอัตราตายทารกแรกเกิดอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ28วัน <3.7 ต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลรักษาทารกแรกเกิดให้ทั่วถึง ครอบคลุมทั่วถึงทุกสถานบริการสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกที่คลอดและมีชีวิตจนถึง 28 วัน (รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์ 2.โรงพยาบาลจัดเก็บข้อมูลตามระบบปกติของโรงพยาบาล และส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข 3.รวบรวมข้อมูลการตายของทารกแรกเกิดจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	1.ข้อมูลแบบรายงานการนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข และกรมการแพทย์ในระดับจังหวัดและระดับเขต 2.ฐานข้อมูล HDC 3.ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์
รายการข้อมูลที่ 1	A=จำนวนทารกที่เสียชีวิต น้อยกว่า 28 วัน
รายการข้อมูลที่ 2	B=จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ
สูตรคำนวณ	(A/B)X100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4

เกณฑ์คะแนน Ranking ปี 2563

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	มีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพมารดาและทารก MCH board
2 คะแนน	มีผลการดำเนินงานฝากครรภ์คุณภาพผ่านเกณฑ์ทุกตัว
3 คะแนน	มีผลการประเมินห้องคลอดคุณภาพผ่านเกณฑ์
4 คะแนน	อัตราตายทารกแรกเกิด≥ร้อยละ 4
5 คะแนน	อัตราตายทารกแรกเกิดน้อยกว่าร้อยละ 4

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
	อัตราตายทารกแรกเกิดต่อ 1,000 ทารกแรกเกิดมีชีพ	3.52	3.47	3.74

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นางปริตา วรากรโอฬาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 099-2688599 E-mail: mai.j4959@gmail.com 3. นางราภรณ์ ศุภนิกร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-7182375 E-mail: Raporn.62@gmail.com 4. นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 061-5424141 E-mail: Keng295@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์: 045-262962-8 ต่อ1130 โทรสาร 045-241918

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นางปริตา วรากรโอฬาร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 099-2688599 E-mail: mai.j4959@gmail.com 3. นางราภรณ์ ศุภนิกร พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-7182375 E-mail: Raporn.62@gmail.com 4. นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0615424141 E-mail: Keng295@hotmail.com โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262962-8 ต่อ1130 โทรสาร 045-241918

ตัวชี้วัด (R3)	**การพัฒนางานส่งเสริมพัฒนาการเด็ก**
ตัวชี้วัดย่อย (R3.1)	**ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย**
คำนิยาม	**เด็กอายุ 0-5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **การคัดกรองพัฒนาการ**หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) **พัฒนาการสมวัย** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรองผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	1.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 3.ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม และโปรแกรม Ub-Sims
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ 5 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ 5 ด้านภายใน 30 วัน(1B260)
รายการข้อมูลที่ 2	B=จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด

สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4
เกณฑ์คะแนน Ranking ปี 2563	

ค่าคะแนน	**เกณฑ์การให้คะแนน**
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 75
2 คะแนน	ร้อยละ 75-79
3 คะแนน	ร้อยละ 80-84
4 คะแนน	ร้อยละ 85-89
5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 90

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางปริตา วรากรโอฬาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 1501 โทรศัพท์มือถือ : 086 – 718 - 2375 โทรสาร : 045-241918 E-mail : mai.j4959@gmail.com

ตัวชี้วัดย่อย (R3.2)	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ
คำนิยาม	**เด็กอายุ 0-5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการ**หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ90
วัตถุประสงค์	1.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 3.ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม และโปรแกรม Ub-Sims
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A= จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ 2	B= เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 และType3)
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4
เกณฑ์คะแนน Ranking ปี 2563	

ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ80
2 คะแนน	ร้อยละ 80-84
3 คะแนน	ร้อยละ 85-89
4 คะแนน	ร้อยละ 90-94
5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 95

เอกสารสนับสนุน	1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 3. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 4. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
เด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ	ร้อยละ	89.67	90.15	88.87

ตัวชี้วัดย่อย (R3.3)	เด็กอายุ 0-5 ปีที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า
คำนิยาม	**เด็กอายุ 0-5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **พัฒนาการสงสัยล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย(DSPM)และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	1.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 3.ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม และโปรแกรม Ub-Sims
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A=จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)
รายการข้อมูลที่ 2	B=จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ส่งต่อทันที(1B262: เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)
รายการข้อมูลที่ 3	C= จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง ในช่วงเวลาที่กำหนด
สูตรคำนวณ	$\frac{(A+B) \times 100}{C}$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4
เกณฑ์คะแนน Ranking ปี 2563	ค่าคะแนน / เกณฑ์การให้คะแนน 1 คะแนน: น้อยกว่าร้อยละ15 2 คะแนน: ร้อยละ 16-19 3 คะแนน: ร้อยละ 20-24 4 คะแนน: ร้อยละ 25-29 5 คะแนน: มากกว่าร้อยละ 30
เอกสารสนับสนุน	1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 3. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 4. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า	ร้อยละ	25.62	23.43	25.16

ตัวชี้วัดย่อย (R3.4)	เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม
คำนิยาม	**เด็กอายุ 0-5 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน **การคัดกรองพัฒนาการ** หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ 9, 18, 30 และ42 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type 1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type 3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) **พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม** หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ 5 ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	1.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2.พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 3.ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType 3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม และโปรแกรม Ub-Sims
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A= จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก)ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2
รายการข้อมูลที่ 2	B= จำนวนเด็กอายุ 9,18,30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า(ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย 30 วัน (1B261)
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4
เกณฑ์คะแนน Ranking ปี 2563	

ค่าคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 80
2 คะแนน	ร้อยละ 80-84
3 คะแนน	ร้อยละ 85-89
4 คะแนน	ร้อยละ 90-95
5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 95

เอกสารสนับสนุน	1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก 2. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 3. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก 4. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ

Based Line Data	Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2560	2561	2562
	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม	ร้อยละ	82.42	90.68	92.44

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางปริตา วรากรโอฬาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 1501 โทรศัพท์มือถือ : 086 – 718 - 2375 โทรสาร : 045-241918 E-mail : mai.j4959@gmail.com

ตัวชี้วัด (R4)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาศูนย์เด็กคุณภาพ
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์เด็กปฐมวัยคุณภาพ** **สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย** หมายถึง สถานที่รับดูแล พัฒนา จัดประสบการณ์เรียนรู้ และการศึกษาสำหรับเด็กปฐมวัยครอบคลุมตั้งแต่ทารกแรกเกิดถึง 6 ปี หรือก่อนเข้าเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 **ระดับการดำเนินงานพัฒนาการเด็ก**ตามตัวชี้วัดที่สำคัญประกอบด้วยมาตรฐาน 3 ด้านคือ **มาตรฐานด้านที่ 1** การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย **มาตรฐานด้านที่ 2** ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย **มาตรฐานด้านที่ 3** คุณภาพของเด็กปฐมวัย เพื่อให้เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ตามเกณฑ์ตัวชี้วัด 4 ข้อ ดังนี้ 1.เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการ (ร้อยละ 90) 2.เด็กอายุ 0-5 ปีได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า(ไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) 3.เด็กอายุ 0-5 ปีที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม (ร้อยละ 90) 4. เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (ร้อยละ 85)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ความสำเร็จ ระดับ 5 ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ **มาตรฐานด้านที่** 1 การบริหารจัดการสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 5 ตัวบ่งชี้ **มาตรฐานด้านที่** 2 ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย จำนวน 5 ตัวบ่งชี้ **มาตรฐานด้านที่** 3 คุณภาพของเด็กปฐมวัย แรกเกิด ถึง 2 ปี (จำนวน 2 ตัวบ่งชี้) อายุ 3 ปี ถึง 6 ปี (จำนวน 7 ตัวบ่งชี้)
วัตถุประสงค์	1.เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดบริการและความต่อเนื่องของการพัฒนาเด็กปฐมวัย 2.ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 3. พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 4. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการการประเมินพัฒนาการเด็กบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม และโปรแกรม Ub-Sims
แหล่งข้อมูล	ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย/สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ผ่านมาตรฐาน (จำนวนแห่ง)
รายการข้อมูลที่ 2	B= จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เข้าร่วมโครงการประเมินมาตรฐาน (จำนวนแห่ง)
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4

<table>
<tr>
<td>เกณฑ์คะแนน Ranking
ปี 2563</td>
<td>
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2563
1. มีคำสั่งทีม CFT (Child Family Team) ระดับอำเภอ ระดับตำบล
2. มีแผนงาน/โครงการเพื่อกระตุ้นพัฒนาการและแก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็กกลุ่มปกติ ,กลุ่มเสี่ยง และเปราะบางอย่างชัดเจนและต่อเนื่องเชื่อมต่อระหว่างศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย โรงพยาบาล และบ้าน
3. ทีม CFT (Child Family Team) ระดับอำเภอ, ระดับตำบล, ครูศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย ,พ่อแม่ ,ผู้ดูแลเด็ก มีกิจกรรมรณรงค์พัฒนา IQ เด็กร่วมกัน อย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง
4. ศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัย จัดมุมกิจกรรมตามความสนใจของเด็ก เช่น มุมนิทาน ,ของเล่น , มุมวาดภาพ และมีระบบการ ยืมนิทาน ของเล่น เพื่อเสริมสร้างการกระตุ้นพัฒนาการที่บ้าน
5. มีศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้าน EF หรือ High Scope อย่างน้อย 2 ตำบล
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>เกณฑ์การประเมินผล</th></tr>
<tr><td>1 คะแนน</td><td>ผ่าน 1 ข้อ</td></tr>
<tr><td>2 คะแนน</td><td>ผ่าน 2 ข้อ</td></tr>
<tr><td>3 คะแนน</td><td>ผ่าน 3 ข้อ</td></tr>
<tr><td>4 คะแนน</td><td>ผ่าน 4 ข้อ</td></tr>
<tr><td>5 คะแนน</td><td>ผ่านครบ 5 ข้อ</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>เอกสารสนับสนุน</td>
<td>
1. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
2. คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวีดีโอ) และคู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์)
3. คู่มือเฝ้าระวังการควบคุมการส่งเสริมการตลาด อาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก
4. คู่มือคลินิกเด็กดีคุณภาพ
5. แผนงาน/โครงการพัฒนา IQ เด็กปฐมวัย
</td>
</tr>
<tr>
<td>Based Line Data</td>
<td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Based Line data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</td></tr>
<tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td></tr>
<tr><td>ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์มาตรฐาน</td><td>ร้อยละ</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td>
<td>นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 099-2688599
โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com</td>
</tr>
<tr>
<td>หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล</td>
<td>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td>
</tr>
<tr>
<td>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</td>
<td>นางปริตา วรากรโอฬาร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 1501
โทรศัพท์มือถือ : 099-2688599
โทรสาร : 045-241918
E-mail : mai.j4959@gmail.com</td>
</tr>
</table>

ตัวชี้วัด (R5)	งานคัดกรองพัฒนาการเด็กล่าช้า
ตัวชี้วัดย่อย (R5.1)	**ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยเครื่องมือมาตรฐาน(TEDA4I)**
คำนิยาม	**-เด็กพัฒนาการล่าช้า** หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่านอย่างน้อย 1 ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ 2 (1B202, 1B212, 1B222, 1B232, 1B242) เพื่อเข้าสู่ระบบ TEDA4I ใน รพท./รพช. / และรับการกระตุ้นพัฒนาการ ด้วยเครื่องมือ TEDA4I จากพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชเด็ก และวัยรุ่น (1B271, 1B272, 1B273, 1B274 และ 1B275) **-ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการด้วยเครื่องมือมาตรฐาน** หมายถึง การที่เด็กได้รับการคัดกรองแล้วพบว่ามีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมและ/ หรือประเมินพัฒนาการ พร้อมทั้งกระตุ้นพัฒนาการด้วยคู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น ๆ เช่น คู่มือ คัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี สาหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือประเมินและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด -5 ปี โปรแกรมการฝึก/ กระตุ้นพัฒนาการตามวิชาชีพ (นักกิจกรรมบำบัด นักกายภาพบำบัด นักเวชศาสตร์สื่อความหมาย) เป็นต้น
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 65
วัตถุประสงค์	1. ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย 2. พัฒนาระบบบริการคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าด้วย TEDA4I ของหน่วยบริการทุกระดับ 3. ส่งเสริมให้ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก มีความตระหนักรู้ เรื่องการกระตุ้นพัฒนาการเด็ก ให้มีพัฒนาการสมวัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 9, 18, 30, 42 และ 60 เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีพัฒนาการล่าช้า โดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริง และ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุข รพท. / รพช. นำข้อมูลการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้าบันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	รพ.ท./ รพช. / HDC จังหวัด
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนาการล่าช้า
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า
สูตรคำนวณ	$\frac{A}{B} X100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลจาก HDC ทุกเดือน

เกณฑ์คะแนน Ranking ปี 2563	ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
	1 คะแนน	เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 45
	2 คะแนน	เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 50
	3 คะแนน	เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 55

4 คะแนน	เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 60
5 คะแนน	เด็กพัฒนาการล่าช้า ได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I ≥ ร้อยละ 65

เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูล เอกสารการดำเนินงานจาก https : //th.rajanukul.go.th 2.คู่มือ DSPM (ฉบับปรับปรุง เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์และ QR Code เชื่อมคลิปวีดีโอ) และ คู่มือ DSPM ฉบับพ่อแม่ (ครอบครัว) (เป็นไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 3.คู่มือการประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (Thai Early Developmental Assessment for Intervention: TEDA4I) โดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าได้เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการด้วย TEDA4I	ร้อยละ	# NA #	53.48 (60%)	56.94 (60%)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 098-8613744
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ การแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824

ตัวชี้วัดย่อย (R5.2)	ร้อยละการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี
คำนิยาม	**โรคสมาธิสั้น** (ADHD-Attention Deficit Hyperactivity Disorder) หมายถึง ภาวะผิดปกติทางจิตเวชที่ส่งผลให้มีสมาธิสั้นกว่าปกติ ขาดการควบคุมการเคลื่อนไหว ทำให้มีลักษณะอาการซุกซน วอกแวกง่าย ไม่เคยอยู่นิ่ง เวลาที่พูดด้วยจะไม่ตั้งใจฟังและเก็บรายละเอียดไม่ค่อยได้ ขาดความรับผิดชอบ พบได้ค่อนข้างบ่อยในเด็กที่มีช่วงอายุระหว่าง 3-7 ปี แต่ในรายที่เป็นไม่มาก อาการจะแสดงออกชัดเจนกว่าในช่วงหลัง 7 ขวบขึ้นไป โดยสาเหตุแท้จริงนั้นไม่สามารถทราบได้ชัดเจน แต่หนึ่งในนั้นคือการที่สมองส่วนหน้าซึ่งเป็นส่วนที่ทำหน้าที่ในการควบคุมสมาธิและการยับยั้งชั่งใจทำงานน้อยกว่าปกติ **การประเมินเด็กเสี่ยงสมาธิสั้น** หมายถึง การประเมินเด็กกล่มอายุ 6-15 ปี โดยใช้แบบประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า โดยคุณครูประจำชั้นเป็นผู้ประเมินเด็ก และอยู่ใกล้ชิดเด็กเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า2 เดือน ซึ่งให้ครูประเมินเด็กจากการสังเกตลักษณะพฤติกรรมหรือปัญหาการเรียนที่เด็กแสดงออกบ่อย ๆ ทั้งนี้ ในเด็ก 1 คน อาจประเมินพบหลายภาวะที่สามารถเกิดร่วมกันได้และเด็กกลุ่มเสี่ยงจากการประเมินของครู ต้องได้รับการส่งต่อเพื่อพบพยาบาลเฉพาะทางจิตเวชเด็กและวัยรุ่น ในคลินิกจิตเวชเด็กฯ ในโรงพยาบาลเพื่อทำการประเมินเด็กซ้ำ เตรียมเด็กกลุ่มเสี่ยงสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า เข้าพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัย **การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่เด็กได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมาธิสั้นและ ได้รับการบริการตามระบบการดูแลรักษา หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการสาธารณสุข **ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็ก** หมายถึง เด็ก 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F90.0-F90.9 ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 จนถึงในปีงบประมาณ 2563
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อย่างทันท่วงที เพราะการรักษาโรคนี้ต้องใช้เวลาและอาศัยความร่วมมือทั้งจากตัวเด็ก พ่อแม่ผู้ปกครอง และคุณครูผู้สอน ซึ่งต้องใช้หลายศาสตร์ร่วมกันเพื่อผลการรักษาที่ดี 2.เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหาสุขภาพจิตเด็กวัยเรียน สู่นำการกำหนดมาตรการและแนวทางในการดูแลช่วยเหลือเด็กวัยเรียนต่อไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กวัยเรียนอายุ 6-15 ปี
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงาน และแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) แบบการประเมินตามแบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้าใน UB-sims สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2) แบบรายงานผลการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น 3) การบันทึกข้อมูลการให้บริการเด็กโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ในหน่วยบริการ (43 แฟ้ม) และส่งข้อมูลเข้า HDC ทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	1.สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง 2.ระบบ UB-sims สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยสมาธิสั้น อายุ 6-15 ปี ในปีงบประมาณ 2556 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ 2563

รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-15 ปี คาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ (สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดเป้าหมายรายอำเภอให้)
สูตรคำนวณ	$\frac{A}{B} \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4
เกณฑ์คะแนน Ranking ปี 2563	

คะแนน	**เกณฑ์การประเมินผล**
1	ผู้ป่วยเด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ≤ ร้อยละ 15
2	ผู้ป่วยเด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 15-19
3	ผู้ป่วยเด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 20-24
4	ผู้ป่วยเด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 25-29
5	ผู้ป่วยเด็กอายุ 6-15 ปี ได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น ≥ ร้อยละ 30

เอกสารสนับสนุน

1.จากฐานข้อมูลกรมสุขภาพจิต
2.แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า
3.แบบรายงานผลการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น
4.ระบบข้อมูลใน UB-sims สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และHDC

Based Line Data

Based Linedata	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
การเข้าบริการโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-15 ปี	ร้อยละ	2.32	7.31	13.22

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 098-8613744
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ การแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824

ตัวชี้วัด (R6)	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
คำนิยาม	**อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี** หมายถึง จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อ 1,000 คน
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ไม่เกิน 34 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี พันคน
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตามยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีที่ทาการเก็บข้อมูล
วิธีจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1.ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร์ กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย 2.ฐานข้อมูล HDC ข้อมูลตัวชี้วัดการเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากแฟ้ม Labor) ดูข้อมูลจากจำนวนเด็กเกิดมีชีพ (LBORN)
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด ในเขตรับผิดชอบ (ประชากรจากการสำรวจ Type Area=1,3)
สูตรคำนวณ	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC= (A/B) X 1,000
รายการข้อมูล 3 (Adjusted)	A: ค่า adjusted = อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานทะเบียนราษฎร์ ปีที่ผ่านมา/อัตราคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปีจากฐานข้อมูล HDC ปีที่ผ่านมา B: อัตราการคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปีจากระบบ HDC (ทำเป็นอัตราคงที่ของทั้งปี) ไตรมาสที่ 1 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 ปี 2561 X 4 ไตรมาสที่ 2 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 2 ปี 2561 X 4/2 ไตรมาสที่ 3 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 ปี 2561 X 4/3 ไตรมาสที่ 4 = อัตราคลอด HDC ณ สิ้นสุดไตรมาสที่ 4
สูตรคำนวณ	AXB
ระยะเวลาประเมินผล	**รอบที่** 1: 5 เดือนแรก (ตุลาคม 2562–กุมภาพันธ์ 2563) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 1 (HDC adjusted) **รอบที่** 2 : 5 เดือนหลัง (มีนาคม 2563–กรกฎาคม 2563) = ใช้ข้อมูลอัตราคลอดจากระบบ HDC สิ้นสุดไตรมาสที่ 3 (HDC adjusted)
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563 : อัตราการคลอดมีชีพ เปรียบเทียบผลงานกับค่าเป้าหมาย	

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	อัตรามากกว่า 41.1 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน
2 คะแนน	อัตราระหว่าง 40.1-41.0 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน
3 คะแนน	อัตราระหว่าง 39-1-40.0 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน
4 คะแนน	อัตราระหว่าง 38.1-39.0 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน
5 คะแนน	อัตราน้อยกว่า 38 ต่อประชากรหญิง 15-19 ปีพันคน

เอกสารสนับสนุน	1. พระราชบัญญัติการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 2. คู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสาหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) และส่งเสริมเครือข่ายการดาเนินงานระดับพื้นที่ด้วยการส่งเสริมกลไก อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
การคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	อัตราต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน	28.73	23.44	33.32

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นางยุพีพร มีแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1501 โทรศัพท์มือถือ : 089 – 945 - 2936 โทรสาร : 045-241918 E-mail : tingmarasri2506@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com

ตัวชี้วัด (R7)	**ร้อยละของการดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care plan**
คำนิยาม	**มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์** หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ ทีมหมอครอบครัว 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) 7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล **หมายเหตุ**: ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุ ที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ **มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล** หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยี ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม จากทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี “สังคมไทย สังคมสูงวัย ไม่ทอดทิ้งกัน” 2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาล เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง โดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการทุกอำเภอ ทุกตำบล
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1) รายงานทางหนังสือราชการ หรือส่งข้อมูลผ่านผู้รับผิดชอบงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

	2) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รายงาน ตามระบบหนังสือราชการ ตามรอบรายงาน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน 3) รายงานผ่านเว็บไซต์ รับ-ส่ง งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A =จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	-ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL (**น้อยกว่า 70%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) (**มากกว่า 45%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) ได้รับการจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (**น้อยกว่า 70%**)
2 คะแนน	-ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL (**70-79%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) (**35-45%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) ได้รับการจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (**70-79%**)
3 คะแนน	-ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL (**80-89%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) (**25-35%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) ได้รับการจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (**80-89%**)
4 คะแนน	-ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL (**90-99%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) (**16-25%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) ได้รับการจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (**90-99%**)
5 คะแนน	-ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการประเมิน ADL (**100%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) (**<15%**) -ร้อยละผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม2+3) ได้รับการจัดทำแผนดูแลรายบุคคล (**100%**)

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	-	-	70

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1.นางสายใจ นิปัจการสุนทร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459 E-mail : - 2.นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธุ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 085–146–1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com 1.นางสายใจ นิปัจการสุนทร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459 E-mail : - 2.นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธุ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 085–146–1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com

ตัวชี้วัด (R8)	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้สูงอายุ ระยะยาว (Long term care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	**มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์** หมายถึง มีการดำเนินงานครบองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหสาขาวิชาชีพ/ ทีมหมอครอบครัว 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียง โดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) 7. มีคณะกรรมการ (ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ) บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือ คณะกรรมการกองทุนตำบล **หมายเหตุ** : ผ่านเกณฑ์ หมายถึง ผ่านองค์ประกอบทุกข้อ ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุ ที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ **มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล** หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าถึงหรือใช้นวัตกรรม และเทคโนโลยี ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม จากทีมสหสาขาวิชาชีพ หน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี “สังคมไทย สังคมสูงวัย ไม่ทอดทิ้งกัน” 2. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาล เพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง โดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี ดำเนินการทุกอำเภอ ทุกตำบล
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1) รายงานทางหนังสือราชการ หรือส่งข้อมูลผ่านผู้รับผิดชอบงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รายงาน ตามระบบหนังสือราชการ ตามรอบรายงาน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน 3) รายงานผ่านเว็บไซต์ รับ-ส่ง งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A =จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	
คะแนน	**เกณฑ์การประเมิน**
1 คะแนน	ดำเนินงานตามองค์ประกอบทั้ง 7 ข้อ (ตามเกณฑ์นิยาม) ดำเนินการได้ 3 ข้อ
2 คะแนน	ดำเนินงานตามองค์ประกอบทั้ง 7 ข้อ (ตามเกณฑ์นิยาม) ดำเนินการได้ 4 ข้อ
3 คะแนน	ดำเนินงานตามองค์ประกอบทั้ง 7 ข้อ (ตามเกณฑ์นิยาม) ดำเนินการได้ 5 ข้อ
4 คะแนน	ดำเนินงานตามองค์ประกอบทั้ง 7 ข้อ (ตามเกณฑ์นิยาม) ดำเนินการได้ 6 ข้อ
5 คะแนน	ดำเนินงานตามองค์ประกอบทั้ง 7 ข้อ (ตามเกณฑ์นิยาม) ดำเนินการได้ครบ 7 ข้อ

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1.นางสายใจ นิปัจการสุนทร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459 E-mail : - 2.นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธุ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 085–146–1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com 1.นางสายใจ นิปัจการสุนทร ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 092–664– 4459 E-mail : - 2.นายสิทธิศักดิ์ เผ่าพันธุ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ 085–146–1978 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com

ตัวชี้วัด (R9)	ระดับความสำเร็จของอำเภอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จของอำเภอในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง** หมายถึง อำเภอดำเนินการพัฒนาศูนยปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ใหสามารถปฏิบัติงานไดจริง โดยดำเนินการตามเกณฑที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5 **ภัยสุขภาพ** หมายถึง สถานการณ์ สภาวะการณ์หรือเหตุการณ์สาธารณภัยที่เกิดขึ้นและก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ การเสียชีวิต การบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย หมายรวมถึงเกิดความเสียหายแก่ทรัพย์สิน กระทบกระเทือนต่อขีดความสามารถในการปฏิบัติงานตามปกติของบุคคล **ศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข(Public Health Emergency Operations Center:PHEOC)** หมายถึง สถานที่ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่ออำนวยการ สั่งการ ประสานงาน สนับสนุนการบริหาร แลกเปลี่ยนข้อมูล จัดสรรและกระจายทรัพยากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วย **การพัฒนาศูนย PHEOC** หมายถึง การพัฒนาศูนย PHEOC เพื่อใหสามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพไดอยางรวดเร็ว เปนระบบ มีความเปนเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา 3 ดาน ดังนี้ ดานระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เชน แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ ดานอุปกรณ (Stuff) หมายถึงหองสำหรับใหทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสรางพื้นฐานดานเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบขอมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกตอง ทัน สถานการณ สามารถเชื่อมโยงได ระบบแสดงผลการประมวลขอมูลขาวสาร และ ระบบสื่อสาร ดานกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หนวยงานจะตองกำหนดและมีการวางแผนแบงบุคลากรที่สามารถระดมมาชวยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได ใหรับผิดชอบ กลุมภารกิจตางๆอยางเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรูและทักษะเพื่อใหสามารถ ปฏิบัติงานไดจริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น **All Hazards Plan (AHP)** หมายถึง แผนเตรียมความพร้อมที่เตรียมไว้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อม และนำไปใช้ในการจัดการภาวะฉุกเฉินได้ทันต่อสถานการณ์และมีประสิทธิภาพ **Hazard Specific Plan (HSP)** หมายถึง แผนที่เตรียมไว้ล่วงหน้าสำหรับการตอบโต้สถานการณ์โรค หรือภัยสุขภาพที่จำเพาะที่เป็นภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเช่น แผนรับมือโรคไข้หวัดนก โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง หรือโรคเมอร์สแผนการจัดการโรคและภัยสุขภาพที่เกิดจากน้ำท่วม เป็นต้น **Incident Action Plan (IAP)** หมายถึง แผนเผชิญเหตุที่ถูกจัดทำในขณะเกิดเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับแต่ละห้วงเวลาปฏิบัติการ ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ เป้าหมายการปฏิบัติการ ห้วงระยะเวลาปฏิบัติการ ยุทธศาสตร์ และกลวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ **ระบบ Web EOC (Web Emergency Operation Center)** หมายถึง ระบบบริหารทรัพยากรเพื่อรองรับการสั่งการในภาวะฉุกเฉินภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ (IncidentCommand System: ICS) และเป็น Data Center สำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (PHEOC)

	EOC Assessment Tool หมายถึง แบบประเมินระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยตัวชี้วัด 10 หมวด 74ตัวชี้วัด **จังหวัด** หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลประจำอำเภอ
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ระดับความสำเร็จ ระดับ 5 (ร้อยละ 50)
วัตถุประสงค์	เพื่อยกระดับการพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคและภัยสุขภาพได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลประจำอำเภอ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานและรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจาก 25อำเภอ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ
รายการข้อมูลที่ 1	A= จำนวนอำเภอ ที่ดำเนินการครบ 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูลที่ 2	B= จำนวนอำเภอทั้งหมด 25อำเภอ
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ4
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	ปี 2563 นับจำนวนอำเภอที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้นโดยแบ่งการแประเมินผลดังนี้ ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1และ2 ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 3และ4 ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 5

1	ปรับปรุงโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ของอำเภอ ให้เป็นปัจจุบัน	1. คำสั่งมอบหมายงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัยและมีผู้รับผิดชอบชัดเจน หรือคำสั่งจัดตั้งโครงสร้างกลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัยใน อำเภอ 2. ผังโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ (ICS) ที่ระบุบุคคลและแนวทางการปฏิบัติ (SOP) ของแต่ละกล่องภารกิจ
2	2.1 ประเมินความเสี่ยงสำคัญด้านโรคและภัยสุขภาพ (Hazard Risk Assessment) ที่พบได้ในจังหวัด 2.2 จัดทำแผนเตรียมความพร้อมที่เตรียมไว้เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ฉุกเฉินที่ครอบคลุมทุกโรคและภัยสุขภาพ(All Hazards Plan :AHP) ของจังหวัด และจัดทำHazard Specific Plan	1.รายงานการประเมินความเสี่ยงสำคัญด้านโรคและภัยสุขภาพ 2. All Hazards Plan ของจังหวัด 3. HSPที่เหมาะสมกับความเสี่ยงที่ได้จากการทำ Hazard Risk Assessment
3	พัฒนาศักยภาพบุคลากรตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่เป็นระดับหัวหน้ากล่องภารกิจหลัก ครบทุกคน และผ่านเกณฑ์การประเมินความรู้ที่ระดับคะแนน (Post Test) ร้อยละ 80	รายชื่อบุคลากรตามโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ที่เป็นระดับหัวหน้ากล่องภารกิจหลักที่ผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉิน

		หมายเหตุ : 1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดย กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด เป็นผู้จัดอบรมหลักสูตรการอบรมฯ	ทางสาธารณสุข (ICS)
	4	ประเมินมาตรฐานของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขด้วยการประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินEOC Assessment Tool **หมายเหตุ** มาตรฐานตาม EOC Assessment tool สามารถศึกษารายละเอียดได้จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค	รายงานผลการประเมินตนเองของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามแบบประเมินEOC Assessment Tool
	5	นำระบบการบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์และสาธารณสุข (ICS) มาใช้จริงอย่างน้อย 1 ครั้ง ที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับอำเภอและมีการดำเนินการของ PHEOCอำเภอ และจัดทำรายการทรัพยากรในกลุ่มเวชภัณฑ์ยาและที่ไม่ใช่ยาระดับจังหวัดที่ใช้ในการตอบสนองภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข (เฉพาะที่สำคัญและสอดคล้องกับ Hazard Plan) ผ่าน web EOC กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดให้มีการซ้อมแผน ที่เป็นการตอบสนองต่อเหตุการณ์ในระดับจังหวัดและมีการดำเนินการของPHEOCอำเภอ ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะDiscussion-based TTx หรือ Functional Exercise ของ PHEOC หรือ Full scale Exercise (การฝึกปฏิบัติจริง) ของ PHEOC	1. รายงานผลการบัญชาการเหตุการณ์และแผน IAP ของเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในกรณีเกิดเหตุการณ์จริง สามารถดาวโหลดแบบฟอร์ม IAP ได้จากเว็บไซต์กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรค **<u>หรือ</u>** มีรายงานการฝึกซ้อมแผนในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	**ค่าคะแนน**	**เกณฑ์การประเมินผล**
	1 คะแนน	ดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1
	2 คะแนน	ดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1-2
	3 คะแนน	ดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1-3
	4 คะแนน	ดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1-4
	5 คะแนน	ดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1-5

เอกสารสนับสนุน	1) หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 (ฉบับปรับปรุง)

<table>
<tr><td></td><td>2) คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค
3) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง
4) เว็บไซต์ https://ddc.moph.go.th/eoc/
5) คู่มือศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กองสาธารณสุขฉุกเฉิน
6) คู่มือการใช้งานระบบ WEB EOC สำหรับศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข
7) แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2558</td></tr>
<tr><td>Based Line Data</td><td><table>
<tr><td rowspan="2">Based Line data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</td></tr>
<tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td></tr>
<tr><td>ระดับความสำเร็จในการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานระดับอำเภอ</td><td>ระดับความสำเร็จ ระดับ 5</td><td>N/A</td><td>N/A</td><td>N/A</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 095-9065542
โทรสาร : 045-241918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com
2. นายบดินทร์ บุญขันธ์ หัวหน้างานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 091-0204657
โทรสาร : 02-5918276 E-mail : dbod2009@gmail.com
3. นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 262692 โทรศัพท์มือถือ : 081 7904981
โทรสาร : 045 241918 E-mail : Alisuphan@hotmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td></tr>
<tr><td>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 095-9065542
โทรสาร : 045-241918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัด (R10)	การตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง
ตัวชี้วัดย่อย (R10.1)	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
คำนิยาม	1. **กลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน** หมายถึง ประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ได้รับการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG) หลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หรือโดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ ไม่อดอาหารเวลาใดก็ได้ มีค่า ≥200 mg/dl และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน 2. **การได้รับการตรวจติดตาม** หมายถึง ผู้ที่ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (FPG) หลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง มีค่า ≥ 126 mg/dl หรือโดยการตรวจระดับน้ำตาลโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (Capillary Blood Glucose) หรือการตรวจระดับพลาสมากลูโคส (RPG) จากการที่ไม่อดอาหารเวลาใดก็ได้ มีค่า ≥200 mg/dl แล้วได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นเบาหวานหรือไม่ โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน 3 เดือน
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงจริง และส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคเบาหวาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวาน type area 1,3
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นเบาหวานหรือไม่โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข ภายใน 3 เดือน
รายการข้อมูลที่ 2	B =จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวาน
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
วิธีการประเมินผล	A: จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานจากแฟ้ม NCDSCREEN และได้รับการตรวจยืนยันว่าเป็นเบาหวานหรือไม่โดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง(FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุข<u>ภายใน 3เดือน</u> ประมวลผลจาก - แฟ้ม NCDSCREEN.BSTEST =1 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร)หลังจากตรวจคัดกรองภายใน 3 เดือน - แฟ้ม LABFU ที่รหัส LABTEST = 0531002 (การตรวจหาน้ำตาลกลูโคสในซีรั่ม/พลาสม่า) หลังจากตรวจคัดกรองภายใน 3 เดือน B: จำนวนกลุ่มสงสัยป่วยเบาหวานจากแฟ้ม NCDSCREEN ประมวลผลจาก - BSTEST เป็น 1(ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำหลังอดอาหาร), 3 (ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยหลังอดอาหาร) โดยที่BSLEVEL ≥126 mg/dl - BSTEST เป็น 2(ตรวจน้ำตาลในเลือด จากหลอดเลือดดำ โดยไม่อดอาหาร), 4(ตรวจน้ำตาลในเลือด จากเส้นเลือดฝอยโดยไม่อดอาหาร)โดยที่BSLEVEL ≥200 mg/dl

	โดยนับเป็นเป้าหมายหลังตรวจพบเป็นกลุ่มสงสัยป่วยแล้ว 3 เดือน ซึ่งระยะเวลาการเป็นเป้าหมายอยู่ในปีงบประมาณนั้นๆ **<u>ตัวอย่างการคำนวณเป้าหมายผลงาน</u>** **ตรวจพบครั้งแรกว่าเป็นกลุ่มสงสัยป่วยในเดือนพฤศจิกายนจะถูกนับเป็นเป้าหมายในเดือนมกราคม ผลงานจะประเมินจากเดือนที่เป็นเป้าหมายแล้วตรวจสอบข้อมูลย้อนหลังว่ามีการตรวจยืนยันตามเงื่อนไข A หรือไม่ หากพบจะถูกนับเป็นผลงาน**
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการนิเทศงาน ครั้งที่ 1 ภายในเดือน มีนาคม 2563 ครั้งที่ 2 ภายในไตรมาส 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	ประเมินผลรอบ 6 เดือน และ 12 เดือน

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่า ร้อยละ 30
2 คะแนน	ร้อยละ30.00 - 39.99
3 คะแนน	ร้อยละ40.00- 49.99
4 คะแนน	ร้อยละ 50.00- 59.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60

เอกสารสนับสนุน	แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com 2. นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ

ตัวชี้วัดย่อย (R10.2)	ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง(Home BP)
คำนิยาม	**1. กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง** หมายถึง ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) ในช่วง 140-179 mmHg และ/หรือค่าระดับความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ในช่วง 90-109 mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ 2563 **2. การได้รับการตรวจติดตาม** หมายถึง การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำที่บ้าน ตามแนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน *(เอกสารแนบ) หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว - ในกรณีที่ความดันโลหิต Systolic อยู่ในช่วง 140 – 159 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic อยู่ในช่วง 90 – 99 mmHg ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 3 เดือน -ส่วนกรณีที่ความดันโลหิต Systolic อยู่ในช่วง 160 – 179 mmHg และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic อยู่ในช่วง 100–109 mmHg ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 1 เดือน ** ประเมินผลการดำเนินงานในรอบ 3 เดือน, 6 เดือน และ 9 เดือน โดยกลุ่มเป้าหมายคือผู้ที่มาคัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละไตรมาส ในรอบ 12 เดือนจะประเมินผลการดำเนินงานภาพรวม โดยกลุ่มเป้าหมาย คือผู้ที่มาคัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 62 – 30 มิ.ย. 63
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบ (type area 1 และ 3) ที่ได้รับการคัดกรองและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด ระหว่างวันที่ 1 ต.ค. 2562 – วันที่ 30 มิ.ย. 2563
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. กรณีข้อมูลการวัดความดันโลหิตที่บ้านให้บันทึกผ่านระบบ HDC
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนประชากรสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน*
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนประชากรอายุ 35 ปี ขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและเป็นกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ 2563
สูตรคำนวณ	(A / B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการนิเทศงาน ครั้งที่ 1 ภายในเดือน มีนาคม 2563 ครั้งที่ 2 ภายในไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	ประเมินผลครั้งที่ 1 รอบ 6 เดือน และครั้งที่ 2 รอบ 12 เดือน

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่า50.00 %
2 คะแนน	50.00–59.99 %
3 คะแนน	60.00-69.99 %
4 คะแนน	70.00-79.99 %
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %
เนื่องจากเป็นตัวชี้วัด ของประเด็น area base จึงกำหนดค่าเป้าหมายเป็น The best of the best	

เอกสารสนับสนุน	รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง กองโรคไม่ติดต่อ

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ร้อยละการตรวจติดตามกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	NA	31.62	54.18

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail :srisukon_55@hotmail.com 2. นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด: นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045262692 โทรศัพท์มือถือ :081790 2731 ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ

แนวทางการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

1.ในกรณีที่ความดันโลหิต Systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 140 และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 90 ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 3 เดือน ส่วนกรณีที่ความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 และ/หรือ ความดันโลหิต Diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 100 ควรได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้านภายใน 1 เดือน

2.เครื่องวัดความดันโลหิตเป็นเครื่องเดิมทุกครั้ง

3.ผู้วัดความดันโลหิตต้องเป็นบุคคลเดิมทุกครั้ง

4.สิ่งแวดล้อมในการวัดความดันโลหิต

4.1 วัดความดันโลหิตในที่เงียบสงบ

4.2 นั่งวัดเก้าอี้ที่มีพนักพิงหลังและไม่นั่งไขว่ห้าง และนั่งพัก 1 - 2 นาที ก่อนวัดความดันโลหิต

4.3 ระหว่างวัดความดันโลหิต ไม่พูดหรือออกเสียงใดๆ

4.4 งดสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน ก่อนมาวัดความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 1 ชั่วโมง

4.5 แผ่นผ้าที่พับต้นแขน (Upper-arm cuff) ให้วางอยู่ในระดับเดียวกับหัวใจ

4.6 ผู้ที่ใส่แขนเสื้อที่หนา ควรถอดเสื้อให้แผ่นพับต้นแขนติดกับผิวหนังต้นแขนโดยไม่มีแขนเสื้อคั่นกลาง

5.การวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน หลังตื่นนอนตอนเช้าให้วัดภายใน 1 ชั่วโมง (หลังจากอุจจาระ ปัสสาวะแล้ว ไม่วัดความดันโลหิตขณะกลั้นอุจจาระ ปัสสาวะ โดยวัดก่อนกินยา และกินอาหารเช้า) ส่วนการวัดความดันโลหิตสูงก่อนนอนเวลากลางคืน ให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับการวัดความดันโลหิตหลังตื่นนอนตอนเช้า

วันที่	ช่วงเช้าหลังตื่นนอนไม่เกิน 1 ชั่วโมง						ช่วงก่อนนอน ครึ่งชั่วโมงก่อนเข้านอน					
	ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2			ครั้งที่ 1			ครั้งที่ 2		
	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร	ค่าบน	ค่าล่าง	ชีพจร
ตัวอย่าง 30 มี.ค. 60	132	84	76	128	82	74	130	76	70	126	74	70
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
ความดันโลหิต เฉลี่ย 7 วัน = ... mmHg												

[redacted]

ไม่ประเมิน

ไม่ประเมิน

ตัวชี้วัดย่อย (R10.4)	**ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ได้รับการคัดกรองเบาหวาน โดยการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด**
คำนิยาม	**การคัดกรองโรคเบาหวาน** หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน (ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	ลดอัตราป่วยรายใหม่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชาชนอายุ 35-74 ปีที่ยังไม่ป่วยเป็นเบาหวาน (เป้าหมายอ้างอิงตาม 43 แฟ้มๆ Person type area 1,3)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้ม เมื่อมีการตรวจคัดกรองเบาหวาน
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล 43 แฟ้ม HDC
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนประชาชนอายุ 35-74 ปี ที่ยังไม่ป่วยเป็นเบาหวาน Person type area 1,3 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือด
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนประชาชนอายุ 35-74 ปี ที่ยังไม่ป่วยเป็นเบาหวาน Person type area 1,3 ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A/B)x100
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการนิเทศงาน ครั้งที่1 ภายในเดือน มีนาคม 2563 ครั้งที่ 2 ภายในไตรมาส 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม2563
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่า ร้อยละ60
2 คะแนน	ร้อยละ60 - 69.99
3 คะแนน	ร้อยละ70 – 79.99
4 คะแนน	ร้อยละ80 - 89.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90.00

เอกสารสนับสนุน	Health data center สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
คัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	90.90	90.09	94.17

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com 2. นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ
ตัวชี้วัดย่อย (R10.5)	**ร้อยละของประชากรไทยอายุ 35-74 ปี ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง**
คำนิยาม	**การคัดกรองโรค**ความดันโลหิตสูง หมายถึง การคัดกรองความดันโลหิตสูงโดยการวัดความดันโลหิต ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	ลดอัตราป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง (เป้าหมายอ้างอิงตาม 43 แฟ้มๆ Person type area 1,3)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้ม เมื่อมีการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล 43 แฟ้ม HDC
รายการข้อมูลที่ 1	A =จำนวนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง Person type area 1,3 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองความดันโลหิตสูง
รายการข้อมูลที่ 2	B =จำนวนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วยเป็นความดันโลหิตสูง Person type area 1,3 ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการนิเทศงาน ครั้งที่1ภายในเดือน มีนาคม 2563 ครั้งที่ 2 ภายในไตรมาส 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม2563
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่า ร้อยละ60
2 คะแนน	ร้อยละ60 - 69.99
3 คะแนน	ร้อยละ70 – 79.99
4 คะแนน	ร้อยละ80 - 89.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 90.00

เอกสารสนับสนุน	Health data center สำนักโยบายและยุทธศาสตร์
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
คัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	93.84	94.23	94.01

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com 2. นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ
ตัวชี้วัดย่อย (R10.6)	**อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้ดี**
คำนิยาม	**ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้**หมายถึงค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้ายน้อยกว่า 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ **ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ** หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และPerson type area = 1 และ 3 **<u>หมายเหตุ</u>** : ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวานให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวดและควบคุมไม่เข้มงวดแต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี 2559 ให้ใช้แบบเดิมเพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมาสำหรับในปี 2560 อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Person type area 1,3)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้มเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการนิเทศงาน ครั้งที่1 ภายในเดือน มีนาคม 2563 ครั้งที่ 2 ภายในไตรมาส 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	< 25.00 %
2 คะแนน	25.00 - 29.99 %
3 คะแนน	30.00 - 34.99 %
4 คะแนน	35.00 - 39.99 %
5 คะแนน	≥ 40.00 %

เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560 2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558 3. แนวทางการรักษาการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562 4. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2562

Based Line Data	Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2560	2561	2562
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	15.69	32.62	31.21

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com 2. นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ
ตัวชี้วัดย่อย (R10.7)	**อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี**
คำนิยาม	**ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมายหมายถึง**ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ **ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบหมายถึง**ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Person type area = 1 และ 3
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Person type area 1,3)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ใช้ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการนิเทศงาน ครั้งที่1 ภายในเดือน มีนาคม 2563 ครั้งที่ 2 ภายในไตรมาส 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม2563

<table>
<tr><td>เกณฑ์การประเมินผล Ranking
ปี 2563</td><td>
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>เกณฑ์การประเมินผล</th></tr>
<tr><td>1 คะแนน</td><td>< 45.00 %</td></tr>
<tr><td>2 คะแนน</td><td>45.00 – 49.99 %</td></tr>
<tr><td>3 คะแนน</td><td>50.00 - 54.99 %</td></tr>
<tr><td>4 คะแนน</td><td>55.00 –59.99 %</td></tr>
<tr><td>5 คะแนน</td><td>≥ 60.00 %</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>1.แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน ปี 2560
2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558
3. แนวทางการรักษาการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2562
4. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2562</td></tr>
<tr><td>Based Line Data</td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2">Based Line data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</td></tr>
<tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td></tr>
<tr><td>ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคุมความดันโลหิตได้ดี</td><td>ร้อยละ</td><td>47.40</td><td>57.42</td><td>56.05</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692
โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731
E-mail : srisukon_55@hotmail.com
2. นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692
โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495
E-mail : pomwank@gmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td></tr>
<tr><td>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</td><td>ระดับจังหวัด : นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731
ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัดย่อย (R10.8)	ร้อยละของคลินิก NCD คุณภาพ
คำนิยาม	**คลินิก NCD คุณภาพ (NCD Clinic Plus)** หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดำเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วยเพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จำเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ ตามเกณฑ์ 6 กระบวนการหลักได้แก่ (1) มีทิศทางและนโยบาย (2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ (3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน (4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง (5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ (6) มีระบบสารสนเทศ
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 70 และผ่านระดับดีขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมายในการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus ประกอบด้วย -1. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ A, S, M1 รวมทั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง -2. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ M2, F1 -3. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลระดับ F2, F3
วิธีจัดเก็บข้อมูล	**ปีละ 2 ครั้ง** โดยประเมินตนเองผ่านระบบการประเมินออนไลน์ ของกองโรคไม่ติดต่อ - <u>ครั้งที่</u> 1 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 - <u>ครั้งที่</u> 2 เดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2563 **<u>หมายเหตุ</u>** เนื่องจากกองโรคไม่ติดต่อ จะนำระบบการประเมินออนไลน์ จากเขตสุขภาพที่ 10 ไปขยายผลใช้ในระดับประเทศต่อไป
แหล่งข้อมูล	จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวน รพศ. รพท. รพช. ที่มีคลินิก NCD คุณภาพ (ผ่านเกณฑ์ของทุกกระบวนการหลัก)
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวน รพศ. รพท. รพช. ที่ได้รับการสุ่มประเมิน
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง จากการประเมินตนเองผ่านระบบการประเมินออนไลน์ของกองโรคไม่ติดต่อ - <u>ครั้งที่</u> 1 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 - <u>ครั้งที่</u> 2 เดือน กรกฎาคม-สิงหาคม 2563

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563

คะแนนประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus รวม 100 คะแนน จากการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพ 50 คะแนน และการประเมินผลลัพธ์ตัวชี้วัดบริการ 50 คะแนน มีระดับผลการประเมินดังนี้

ระดับ	คะแนนผลการประเมินคุณภาพ NCD Clinic Plus	ค่าคะแนน Ranking
ดีเด่น	85 – 100 คะแนน	5 คะแนน
ดีมาก	80 – 84 คะแนน	4 คะแนน
ดี	70 – 79 คะแนน	3 คะแนน
พื้นฐาน	60 – 69 คะแนน	2 คะแนน
ต่ำกว่าพื้นฐาน	< 60 คะแนน	1 คะแนน

เอกสารสนับสนุน	คู่มือแนวทางการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 2563

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

สรุปผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus จังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562 จำนวน 26 แห่ง

ลำดับ	หน่วยงาน	ระดับโรงพยาบาล							ส่วนที่ 1 50 คะแนน	ส่วนที่ 2 50 คะแนน	รวม 100 คะแนน	ระดับการประเมิน
		เล็ก			กลาง		ใหญ่					
		F3	F2	F1	M2	M1	S	A				
1	10669 : โรงพยาบาลสรรพ							/	47.00	27.80	74.80	ดี
2	21984 : โรงพยาบาล๕๐						/		46.20	33.00	79.20	ดี
3	10954 : โรงพยาบาลวารินชำ					/			44.20	31.40	75.60	ดี
4	11443 : โรงพยาบาลสมเด็จ					/			43.00	30.40	73.40	ดี
5	10951 : โรงพยาบาลตระการ				/				46.80	27.00	73.80	ดี
6	10956 : โรงพยาบาลพิบูลมังฯ				/				47.00	32.80	79.80	ดี
7	10944 : โรงพยาบาลศรีเมือง	/							43.60	25.40	69.00	พื้นฐาน
8	10945 : โรงพยาบาลโขงเจียม	/							40.60	26.80	67.40	พื้นฐาน
9	10946 : โรงพยาบาลเขื่องใน	/							48.00	40.00	88.00	ดีเด่น
10	10947 : โรงพยาบาลเขมราฐ	/							46.60	28.20	74.80	ดี
11	10948 : โรงพยาบาลสนาจะ	/							45.40	28.00	73.40	ดี
12	10949 : โรงพยาบาลน้ำยืน	/							45.00	32.20	77.20	ดี
13	10950 : โรงพยาบาลบุณฑริก	/							42.80	34.20	77.00	ดี
14	10952 : โรงพยาบาลกุด	/							46.00	26.80	72.80	ดี
15	10953 : โรงพยาบาลม่วง	/							39.60	29.00	68.60	พื้นฐาน
16	10957 : โรงพยาบาลตาลสุม	/							42.80	24.00	66.80	พื้นฐาน
17	10958 : โรงพยาบาลโพธิ์ไทร	/							40.20	26.20	66.40	พื้นฐาน
18	10959 : โรงพยาบาลสำโรง	/							48.80	32.40	81.20	ดีมาก
19	10960 : โรงพยาบาลดอนมด	/							41.40	24.80	66.20	พื้นฐาน
20	10961 : โรงพยาบาลสิรินธร	/							40.00	27.40	67.40	พื้นฐาน
21	10962 : โรงพยาบาลทุ่งศรี	/							35.80	29.20	65.00	พื้นฐาน
22	24032 : โรงพยาบาลนาตาล		/						44.60	22.00	66.60	พื้นฐาน
23	24821 : โรงพยาบาลนาเยีย		/						43.00	29.40	72.40	ดี
24	27967 : โรงพยาบาลสว่างวี		/						39.60	36.40	76.00	ดี
25	27968 : โรงพยาบาลน้ำขุ่น		/						37.80	32.00	69.80	พื้นฐาน
26	27976 : โรงพยาบาลเหล่าเสือ		/						42.80	33.80	76.60	ดี

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 269 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com 2. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com

ตัวชี้วัด (R11)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต
คำนิยาม	-**การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการบริการตามแนวทางการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าระดับจังหวัด และแนวทางการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางมาตรฐานอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย -**ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F32.x, F33, F34.1, F38.x และ F39.x ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ 2563
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	≥ร้อยละ 68
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันท่วงที มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องตามเกณฑ์วินิจฉัยโรค Depressive Disorder ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 5 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) และตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์กรอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) โดยบันทึกตามรหัสโรคของ ICD 10 หมวด F32.x, F33, F34.1, F38.x และ F39.x •**<u>หมายเหตุ</u>** จำนวนประชากรที่ใช้ในการคำนวณ ใช้ฐานประชากรกลางปี 2560 ของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย (ณ 31 ธันวาคม 2561)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการ ปี 2563 จากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ และจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข แล้วทำการรวมข้อมูลเข้ากับข้อมูลของปีงบประมาณ 2552 – ปีก่อนปีที่ต้องการวัด (เช่น ต้องการวัดผลการเข้าถึงบริการปี 2560 ต้องนำข้อมูลปี 2560 รวมกับข้อมูลของปี 2552 - 2559) โดยประมวลผลเป็นรายหน่วยบริการ จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผล ที่ www.thaidepression.com ข้อมูลที่ต้องการ ได้แก่ (1) วันที่เข้ารับการบริการ (2) คำนำหน้า (3) ชื่อ (4) นามสกุล (5) เพศ (6) เลขที่บัตรประชาชน (7) วันเดือนปีเกิด (8) อำเภอ (9) จังหวัด (10) รหัสโรคซึมเศร้า (11) คะแนน 9Q (12) คะแนน 8Q ซึ่งข้อมูลเหล่านี้มีอยู่ในฐานข้อมูล 50 แฟ้มแล้ว) ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ดำเนินการได้ดังนี้ 1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ทีมงานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน 2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail :depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์ 3.บันทึกทางโปรแกรมการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า www.thaidepression.com สำหรับหน่วยที่มีความพร้อมและต้องการบันทึกการบริการทาง Online ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้า จนกว่าหน่วยบริการในพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตาม

	ข้อ 1-2 **คำอธิบายสูตร:** •**ตัวตั้ง** คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 จนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด) ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาล รพศ./รพท./รพช./รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต **ตัวหาร** คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระบาดวิทยาของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ 2.7% (แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia 0.3%) และฐานประชากรประจำปี....(จะใช้ประชากรประจำปีย้อนหลังไป 1-2 ปี เนื่องจากปีที่จะวัดยังไม่มีรายงาน เช่น ในปีงบประมาณ 2560 จากฐานประชากรประจำปี 2558) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ ดังนี้ 1.การคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้า ในกลุ่มประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป (Z13.3) จากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม 2.การเข้าถึงบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการ (F32.x, F33.x, F34.1, F38.x และ F39.x) จากฐานข้อมูล HDC
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ 2563
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ
สูตรคำนวณ	(A/B) ×100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 3 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 37-46
2 คะแนน	ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 47-56
3 คะแนน	ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ 57-66
4 คะแนน	ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้าร้อยละ ≥ 71
5 คะแนน	ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคซึมเศร้า ร้อยละ ≥ 71 และไม่มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้าพยายามทำร้ายตนเองเสียชีวิตในพื้นที่

เอกสารสนับสนุน	ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
อัตราการเข้าถึงบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเทียบกับคาดประมาณการจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ	ร้อยละ	48.33	73.72	91.72

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824

ตัวชี้วัด (R12)	**ลดอัตราการฆ่าตัวตาย**
ตัวชี้วัดย่อย (R12.1)	**อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ**
คำนิยาม	**การฆ่าตัวตายสำเร็จ** คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ **การดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย** หมายถึง อำเภอมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ลดหรือไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย และดูแลเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยงไม่ให้กลับไปทำร้ายตัวเอง และมีการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1-6 1. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ การฆ่าตัวตายและกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย ในพื้นที่ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี วิเคราะห์หาช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน พร้อมนำเสนอกรอบแนวคิดหรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบในเวทีการประชุม พชอ. 2. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ หรือกิจกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในพื้นที่และกำหนด รพ.สต. นำร่องในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ฯ อำเภอละ 1 แห่ง 3. มีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q หรือ DS8 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง (เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด) (2) ผู้ป่วยโรคจิต (3) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (4) ผู้ป่วยโรคติดสุรา (5) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มารับบริการทุก case ทุก visit 4. มีการบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต และพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) ในระบบ 43 แฟ้ม (Codesรหัส X60-X84) และมีการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง รง 506 S พร้อมแบบสอบสวนการฆ่าตัวตาย ทุก case ส่ง สนง.สสจ. ภายใน 10 วัน หลังเกิดเหตุ 5. มีการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่ให้กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในรอบ1 ปี และมีการลงบันทึกข้อมูลการติดตามเยี่ยมในระบบ 43 แฟ้ม ทุก Case (รหัส Z915= Personal history of self-harm) โดย ITนำส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC สสจ.ทุกเดือน และมีการบันทึกแบบรายงานการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S ทุก case ส่ง สนง.สสจ. ภายใน 10 วัน หลังการให้บริการติดตามเยี่ยม 6. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกินร้อยละ 6.3 และร้อยละของผู้พยายามฆาตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ป≥ ร้อยละ 85
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	≤ 6.3 ตอประชากรแสนคน

วัตถุประสงค์	1.ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2.เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาทั้งในระบบพื้นที่ต่อไป 3.จำนวนผู้ฆ่าตัวตายลดลงจากปีที่ผ่านมา และผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการติดตาม ดูแล ไม่ให้กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**เป้าหมาย** 1. ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั่วประเทศ **เป้าหมายย่อย** 1.1 ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2561 - กันยายน 2563 ด้วยวิธีการต่างๆตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 แต่ไม่เสียชีวิต และคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการเฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการ และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2563)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงาน ใน 43 แฟ้ม และแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1.) แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S 2.) แบบรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต 3.) แบบเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S 4.) แบบรายงานการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย: กรมสุขภาพจิต รง. 506.S 5.) การบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต/ไม่เสียชีวิต และบันทึกการติดตามเยี่ยม ที่มารับบริการในหน่วยบริการ (43 แฟ้ม)และส่งข้อมูลเข้า HDC ทุกเดือน 6.) รวบรวมขอมูลการแจงตายจากฐานขอมูลการตายทะเบียนราษฎร์ของกระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	เอกสาร รง.506S (กรณีเสียชีวิต) / แบบสอบสวนการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต/ ข้อมูลในระบบ HDC / ทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย
รายการข้อมูลที่ 1	A =จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ
รายการข้อมูลที่ 2	B =จำนวนประชากรกลางปี 2562
สูตรคำนวณ	(A/B) ×100,000
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 3 เดือน (รอบรายไตรมาส) 1.รายงานอัตราการฆาตัวตายสำเร็จ ≤ 6.3 ตอประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆาตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	

คะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 8.4 ต่อแสนประชากร
2	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 7.8-8.4 ต่อแสนประชากร
3	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 7.1-7.7 ต่อแสนประชากร
4	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า 6.4-7.0 ต่อแสนประชากร
5	อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่า ≤6.3 ต่อแสนประชากร

เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูลจากฐานข้อมูลhttps://suicide.dmh.go.th/ 2.แบบ รง 506.S 3.ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุข 4.ระบบข้อมูลใน HDC 5.ข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย

Based Line Data	Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2560	2561	2562
	อัตราการฆ่าตัวตาย	อัตราต่อประชากรแสนคน	6.06 (จาก รง 506S)	6.63 (118 คน จาก รง 506S)	7.20 (135 คน จาก รง 506S)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทาตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824				
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824				

ตัวชี้วัดย่อย (R12.2)	ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี
คำนิยาม	**การฆ่าตัวตายสำเร็จ** คือ การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิตซึ่งอาจจะกระทำอย่างตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ **การดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย** หมายถึง อำเภอมีการดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาโดยมีเป้าหมายสำคัญ คือ ลดหรือไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย และดูแลเฝ้าระวังในกลุ่มที่มีความเสี่ยงไม่ให้กลับไปทำร้ายตัวเอง และมีการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยมีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1-6 1. มีการวิเคราะห์สถานการณ์ การฆ่าตัวตายและกลุ่มที่พยายามฆ่าตัวตาย ในพื้นที่ย้อนหลังอย่างน้อย 3 ปี วิเคราะห์หาช่องว่าง ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงาน พร้อมนำเสนอกรอบแนวคิดหรือมาตรการในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบในเวทีการประชุม พชอ. 2. มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ หรือกิจกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในประชาชนกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยในพื้นที่และกำหนด รพ.สต. นำร่องในการดำเนินงานเฝ้าระวัง ฯ อำเภอละ 1 แห่ง 3. มีการประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้วย 8Q หรือ DS8 ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง 5 กลุ่ม ได้แก่ 1.) ผู้ป่วยโรคทางกายเรื้อรัง (เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง มะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจและหลอดเลือด) 2.) ผู้ป่วยโรคจิต3.) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า 4.) ผู้ป่วยโรคติดสุรา 5.) ผู้ป่วยยาเสพติดที่มารับบริการทุก case ทุก visit 4. มีการบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต และพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) ในระบบ 43 แฟ้ม (Codeรหัส X60-X84) และมีการส่งรายงานแบบเฝ้าระวัง รง 506 S พร้อมแบบสอบสวนการฆ่าตัวตาย ทุก case ส่ง สนง.สสจ. ภายใน 10 วัน หลังเกิดเหตุ 5. มีการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่ให้กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในรอบ1 ปี และมีการลงบันทึกข้อมูลการติดตามเยี่ยมในระบบ 43 แฟ้ม ทุก Case (รหัส Z915= Personal history of self-harm) โดย ITนำส่งข้อมูลเข้าระบบ HDC สสจ.ทุกเดือนและมีการบันทึกแบบรายงานการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S ทุก case ส่ง สนง.สสจ. ภายใน 10 วัน หลังการให้บริการติดตามเยี่ยม 6. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จไม่เกินร้อยละ 6.3 และร้อยละของผู้พยายามฆาตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ป≥ ร้อยละ 85
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	1.ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนกลุ่มเสี่ยงระหว่าง เพศ กลุ่มบุคคล อาชีพ สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2.เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาทั้งในระบบพื้นที่ต่อไป 3.จำนวนผู้ฆ่าตัวตายลดลงจากปีที่ผ่านมา และผู้พยายามฆ่าตัวตาย ได้รับการติดตามดูแล ไม่ให้กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ที่เคยมีประวัติการลงมือทำร้ายตนเอง ตั้งแต่ เดือนตุลาคม 2561 -กันยายน 2563 ด้วยวิธีการต่างๆตามลักษณะอาการและอาการแสดงสอดคล้องตรงมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 แต่ไม่เสียชีวิตและคงได้รับการดูแลบำบัดรักษาด้วยวิธีการทางการแพทย์ หรือได้รับการดูแลช่วยเหลือและส่งต่อ เพื่อการ

	เฝ้าระวังต่อเนื่องตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการ และไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำอีกครั้ง ในระยะเวลา 1 ปี โดยนับจากวันที่ลงมือทำร้ายตนเอง (ตุลาคม 2561 - กันยายน 2563)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงาน ใน 43 แฟ้ม และแบบรายงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1.) แบบเฝ้าระวัง การพยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S 2.) แบบรายงานสอบสวนการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต 3.) แบบเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย (กรณีไม่เสียชีวิต) : กรมสุขภาพจิต รง. 506.S 4.) แบบรายงานการติดตามเยี่ยมผู้พยายามฆ่าตัวตาย: กรมสุขภาพจิต รง. 506.S 5.) การบันทึกข้อมูลผู้พยายามทำร้ายตนเอง กรณีเสียชีวิต/ไม่เสียชีวิต และบันทึกการติดตามเยี่ยม ที่มารับบริการในหน่วยบริการ (43 แฟ้ม)และส่งข้อมูลเข้า HDC ทุกเดือน 6.) รวบรวมขอมูลการแจงตายจากฐานขอมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย
แหล่งข้อมูล	เอกสาร รง.506S (กรณีไม่เสียชีวิต) / เอกสาร รง.506S แบบติดตามเยี่ยมและข้อมูลสถิติจำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในหน่วยบริการในระบบ HDC
รายการข้อมูลที่ 1	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ (ต.ค.2561-ก.ย.2563) ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี (ต.ค.2562-ก.ย.2563)
รายการข้อมูลที่ 2	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายที่เข้าถึงบริการ (ต.ค.2561-ก.ย.2563) 60%
สูตรคำนวณ	(C/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 3 เดือน (รอบรายไตรมาส) 1.รายงานอัตราการฆาตัวตายสำเร็จ ≤ 6.3 ตอประชากรแสนคน 1.1 ร้อยละ 85 ของผู้พยายามฆาตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	

คะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี < ร้อยละ 70
2	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 70-74
3	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 75-79
4	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ 80-84
5	ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตนเองซ้ำ ในระยะเวลา 1 ปี ร้อยละ85

เอกสารสนับสนุน	1.ข้อมูลจากฐานข้อมูลhttps://suicide.dmh.go.th/ 2.แบบ รง 506.S 3.ชุดข้อมูล 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุข 4.ระบบข้อมูลใน HDC 5.ข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา 1 ปี	ร้อยละ	91.06 (≥95)	96.74 (≥95)	94.25 (≥95)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824

ตัวชี้วัด (R13)	**ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและการจัดการต่างๆด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ**
คำนิยาม	**ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ** คือ โรงพยาบาลที่มีการจัดการอาการปวด และ/หรือ อาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อ และกลุ่มอายุ 0-14 ปี ,15-59 ปี,60 ปีขึ้นไปตามที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ) ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5) เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี จนถึงวาระสุดท้ายโดยโรงพยาบาลต้องดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพการบริการ ดังนี้ 1. มีบุคลากรที่สามารถสั่งใช้ยาจ่ายยา และบริหารยา Opioid ในการจัดการอาการปวด และ/หรืออาการรบกวน ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย ดังนี้ 1.1. โรงพยาบาลทุกระดับ มีแพทย์ปฏิบัติงาน PC อย่างน้อย 1 คน 1.2. โรงพยาบาลระดับ A,S มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน Full time อย่างน้อย 2 คน โรงพยาบาลระดับ M,F มีพยาบาล PC ปฏิบัติงาน Part time อย่างน้อย 1 คน 1.3. โรงพยาบาลทุกระดับ มีเภสัชกรร่วมทีมดูแลผู้ป่วย PC อย่างน้อย 1 คน 1.4. โรงพยาบาลทุกระดับมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารบุคลากรงาน PC ในรูปแบบคณะกรรมการ ศูนย์ งานหรือกลุ่มงาน ที่สามารถดำเนินการได้คล่องตัว 1.5. โรงพยาบาลทุกระดับจัดให้มี PC Essential drugs list กลุ่ม Opioid ตามคำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2. มีระบบการวินิจฉัย (ICD-10 Z51.5) และการให้บริการ PC ทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก (รวมผู้ป่วยที่ไม่สามารถมา รพ. ได้ซึ่งมีการเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง) ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ คือ 2.1.กลุ่มโรคมะเร็งICD-10 รหัส C00-C96 ระยะแพร่กระจาย (แนวทางฯหน้า10-18) 2.2.กลุ่มโรคระบบประสาท (Neurological Disease) หลอดเลือกสมองแตก/ตีบ (Stroke) ICD-10 รหัส 160-169 และภาวะสองเสื่อม (Dementia) ICD-10 รหัส F03 (แนวทางฯหน้า 19-25) 2.3.โรคไตในกลุ่มที่มีภาวะไตวายเรื้อรังICD 10 รหัส N18.5 (แนวทางฯหน้า 26-32) 2.4.โรคถุงลมโป่งพอง (COPD) ICD-10 รหัส J44 และภาวะหัวใจล้มเหลว (Congenital Heart Failure) ICD-10 รหัส 150 (แนวทางฯหน้า 33-43) 2.5.ผู้สูงอายุ (อายุ ≥ 60 ปี) ที่เจ็บป่วยใน 4 กลุ่มโรคตามข้อ 2.1-2.4 และภาวะพึ่งพิง

	ICD-10 รหัส R54 เข้าสู่ระยะประคับประคองตามข้อบ่งชี้ทั่วไปในการวินิจฉัย (แนวทางฯหน้า 76-80) 2.6.ผู้ป่วยเด็ก (อายุ 0-14 ปี) ประคับประคองระยะท้าย 3. มีกิจกรรม Family Meetingและมีการทำ Advance Care Planning (ACP)ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลายลักษณ์อักษรและบันทึกการวินิจฉัยด้วย ICD-10 รหัส Z71.8 (แสดงคุณภาพการสั่งการรักษาด้วย Opioid ดูรายงานจาก HDC ไม่กำหนดเกณฑ์) 4. ผู้ป่วยที่เข้าสู่การดูแลประคับประคองได้รับการจัดการอาการอย่างมีคุณภาพ โดยได้รับการบรรเทาอาการปวด ตามแนวขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization. (1986).และได้รับยาเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการหอบเหนื่อย (dyspnea/breathlessness) ฯลฯ (World Health Organization Essential Medicines in Palliative Care) 5. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองต่อเนื่องที่บ้านตามแนวทางการจ่ายค่าชดเชยการให้บริการของสำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และบันทึกรหัสการเยี่ยมบ้านทุกโรคใดๆ (1AXXX) ในแฟ้ม community service ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (แสดงคุณภาพการดูแลต่อเนื่อง, เกณฑ์ร้อยละ 60) 6. มีเครือข่ายการดูแลประคับประคองร่วมกับหน่วยงานราชการหรือภาคประชาสังคม หรืออาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และอุปกรณ์การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 7. มีการจัดบริการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกในการดูแลประคับประคอง โดยมีการบันทึกหัตถการการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วยแพทย์แผนไทย ICD-10TM รหัส U778-779, แพทย์แผนจีน รหัส U78-79 ร่วมกับการวินิจฉัย Z51.5 (ติดตามผลการดำเนินการรายงานจาก HDC ไม่กำหนดเกณฑ์)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 40
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยระยะท้ายได้รับการจัดการอาการปวด และอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิต เช่น อาการหอบเหนื่อย สับสน ด้วย Opioid อย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน ผ่านขบวนการการดูแลรักษาแบบประคับประคอง ที่ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาล่วงหน้า (Advance care Plan) มีโอกาสได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความประสงค์จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อ และกลุ่มอายุ 0-14 ปี, 15-59 ปี, 60 ปีขึ้นไปตามที่องค์การอนามัยโรคให้ความสำคัญ) ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลระดับอำเภอโดยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง ปัจจัยที่ส่งผลต่อตัวชี้วัด คือ กำกับดูแลการกรอกข้อมูลในเวชระเบียนของโรงพยาบาลให้ถูกต้องตามรหัสมาตรฐาน และนำส่งข้อมูลแฟ้มการวินิจฉัยโรค แฟ้มยา และแฟ้มการติดตามเยี่ยมบ้านใน 43 แฟ้มให้ครบถ้วน
แหล่งข้อมูล	รายงานมาตรฐานสาขา Palliative Care ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่าง ๆด้วย Opioid ในผู้ป่วยประคับประคองระยะท้ายในโรงพยาบาล (Work load)
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก 4 กลุ่มโรค ที่ได้รับการวินิจฉัยระยะประคับประคอง (Z51.5) และได้รับการรักษาด้วย Opioid เฉพาะรายใหม่ของปีงบประมาณ ไม่นับรายครั้ง/ซ้ำ

สูตรคำนวณ	(B/A) ×100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	**ค่าคะแนน**	**เกณฑ์การประเมินผล**
	1 คะแนน	1.รพ.มีการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิตด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ(โรคไม่ติดต่อ) ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5) ≤ร้อยละ 9 2.ดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพบริการ(ข้อ1-7ตามคำนิยาม) 1-2 ข้อ
	2 คะแนน	1.รพ.มีการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิตด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อ) ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5) ร้อยละ 10-19 2.ดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพบริการ(ข้อ1-7ตามคำนิยาม) 3-4ข้อ
	3 คะแนน	1.รพ.มีการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิตด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อ) ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5) ร้อยละ 20-29 2.ดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพบริการ(ข้อ1-7ตามคำนิยาม) 5 ข้อ
	4 คะแนน	1.รพ.มีการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิตด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อ) ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5) ร้อยละ 30-39 2.ดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพบริการ(ข้อ1-7ตามคำนิยาม) 6 ข้อ
	5 คะแนน	1.รพ.มีการจัดการอาการปวดและอาการรบกวนในระยะท้ายของชีวิตด้วย Opioid ในผู้ป่วย 4 กลุ่มโรค 3 กลุ่มอายุ (โรคไม่ติดต่อ) ที่ได้รับการวินิจฉัยประคับประคองระยะท้าย (Z51.5) ≥ร้อยละ 40 2.ดำเนินการที่แสดงถึงคุณภาพบริการ(ข้อ1-7ตามคำนิยาม) ครบ7ข้อ

เอกสารสนับสนุน	1. คำแนะนำแนวทางการบริหารจัดการระบบยาในการดูแลของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/_down.php?f_id=778) 2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองระยะท้าย กรมการแพทย์ ที่ http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/cpgcomer/cpgcomer02092558.pdf

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ร้อยละการบรรเทาอาการปวดและจัดการอาการต่างๆ ด้วย Opioid ในผู้ป่วยระคับประคองระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ	ปี 2560 ≥ร้อยละ50 ปี 2561 ≥ร้อยละ30 ปี 2562 ร้อยละ40	ร้อยละ 89 (รายงาน)	ร้อยละ 52 (รายงาน)	ร้อยละ 50.15 (รายงาน)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ	1.นางจุฑาพร สายสรรพมงคล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692

ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โทรศัพท์มือถือ : 081-7904411 2.นางพิสมัย วรรณชาติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 092-2259454
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางจุฑาพร สายสรรพมงคล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-7904411 2.นางพิสมัย วรรณชาติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 092-2259454

ตัวชี้วัด (R14)	งาน CKD
ตัวชี้วัดย่อย (R14.1)	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<5ml/min/1.73m^2/yr
คำนิยาม	CKD = ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง eGFR = estimated glomerular filtration rate (อัตราการกรองของไตที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆ มาตรการรวมกัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 หมายถึง ผู้ป่วยจากแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD ที่มีรหัสโรคเป็น 'N181', 'N182', 'N183', 'N184', 'N189', 'E102', 'E112', 'E122', 'E132, 'E142, 'N083', 'I120', 'I129', 'I130', 'I131', 'I132', 'I139','I151', 'N021', 'N022', 'N023', 'N024', 'N025', 'N026', 'N027', 'N028', 'N029', 'N031', 'N032', 'N033', 'N034', 'N035', 'N036', 'N037', 'N038', 'N039', 'N041', 'N042', 'N043', 'N044', 'N045', 'N046', 'N047', 'N048', 'N049', 'N051', 'N052', 'N053', 'N054', 'N055', 'N056', 'N057', 'N058', 'N059', 'N061', 'N062', 'N063', 'N064', 'N065', 'N066', 'N067', 'N068', 'N069', 'N071', 'N072', 'N073', 'N074', 'N075', 'N076', 'N077', 'N078', 'N079', 'N081', 'N082', 'N083', 'N084', 'N085', 'N086', 'N087', 'N088', 'N089', 'N110','N111', 'N118', 'N119', 'N12', 'N130', 'N131', 'N132', 'N133', 'N134', 'N135', 'N136', 'N137', 'N138', 'N139', 'N140', 'N141', 'N142', 'N143', 'N144', 'N200', 'N201', 'N202', 'N2019', 'N210', 'N211', 'N218', 'N219', 'N251', 'N258', 'N259', 'N26', 'N270', 'N271', 'N279', 'N280', 'N281', 'N288', 'N289', 'N144', 'Q610', 'Q611', 'Q612', 'Q613', 'Q614', 'Q615', 'Q618' ที่มีค่า eGFR ระหว่าง 15 – 59.99
วิธีจัดเก็บข้อมูล	• การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 6 เดือน และในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 4 ควรตรวจอย่างน้อยทุก 4 เดือน • โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (43 แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time
แหล่งข้อมูล	HDC
รายการข้อมูลที่ 1	A =จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage 3-4 สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณ
สูตรคำนวณ	คำนวณ Stage เมื่อสิ้นสุดไตรมาส ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า จึงจะถูกนำมาประเมินอัตราการลดลงของ eGFR ได้ เปรียบเทียบกับค่า GFR ย้อนหลัง 1 ปีงบประมาณและการตรวจแต่ละครั้งต้องห่างกันไม่น้อยกว่า 3 เดือน วิธีการคำนวณการเปลี่ยนแปลง eGFR อาศัยวิธี simple linear regression (y = mx+b) โดย m หรืออัตราการเปลี่ยนแปลของ eGFR คำนวณจากสูตร

	$m = \frac{[n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)] \times 365}{n(\sum x^2) - (\sum x)^2}$ เมื่อ n = จำนวนครั้งของการตรวจ GFR x = จำนวนวันที่ตรวจ eGFR ที่ห่างจากการตรวจ eGFR ครั้งแรก y = ค่าของ eGFR ณ.วันที่ตรวจ
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง ตามการนิเทศงาน ครั้งที่ 1 ภายในเดือน มีนาคม 2563 ครั้งที่ 2 ภายในไตรมาสที่ 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563
วิธีการประเมินผล	ประเมินผลได้แบบ real time ผ่านระบบ HDC
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	

ค่าคะแนน	**เกณฑ์การประเมินผล**
1 คะแนน	น้อยกว่า 50 %
2 คะแนน	50 – 54.99 %
3 คะแนน	55 – 59.99 %
4 คะแนน	60 – 65.99 %
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ 66 %

เอกสารสนับสนุน	คำแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต พ.ศ. 2558 สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ ผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com

ตัวชี้วัดย่อย (R14.2)	ร้อยละของผู้ป่วย DM และ/หรือ HT ที่ได้รับการค้นหาและคัดกรองโรคไตเรื้อรัง
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD)**หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกตินานติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจมีอัตรากรองของไต (GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ 2. ผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.72m^2 ติดต่อกันเกิน 3 เดือน โดยที่อาจจะตรวจพบหรือไม่พบว่ามีร่องรอยของไตผิดปกติก็ได้ **การคัดกรอง** หมายถึง การตรวจ LAB ตัวใดตัวหนึ่ง คือ 1. ตรวจ Creatinine ในเลือด 2. ตรวจโปรตีน microalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive) 3. ตรวจโปรตีน macroalbumin ในปัสสาวะ (ใน filed ผลการตรวจใส่ค่า 0=negative, 1=trace, 2=positive) 4. ตรวจหาค่า eGFR (ใช้สูตร CKD-EPI formula) ** โดยประเมินจากวันที่ตรวจในปีงบประมาณ 2563 เท่านั้น หากมีการตรวจ LAB มากกว่าหนึ่งรายการ จะนับเป็นผลงานในไตรมาสที่ วันที่ตรวจน้อยที่สุดเพียงครั้งเดียวเท่านั้น
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	ลดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Person type area 1,3)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)
รายการข้อมูลที่ 1	A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง
รายการข้อมูลที่ 2	B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตรับผิดชอบ ทั้งหมดที่รับบริการที่คลินิกบริการ
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ 4 ตามผลงานที่ดำเนินงานได้
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่า 50.00 %
2 คะแนน	50.00 -59.99 %
3 คะแนน	60.00 – 69.99 %
4 คะแนน	70.00 – 79.99 %
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %

เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2560 2. แนวทางรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง CKD	ร้อยละ	60.61	74.77	77.22

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com 2. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงาน NCD อำเภอ

ตัวชี้วัด (R15)	**ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน**
คำนิยาม	**ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract)** หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับสายตา (VA) แย่กว่า 20/400
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความชุกของภาวะตาบอดจากต้อกระจกโดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยจักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลการผ่าตัดต้อกระจกจากโปรแกรม Vision2020Thailand โดยบันทึกข้อมูลก่อนและหลังผ่าตัด 2. การนับระยะเวลาการผ่าตัด นับตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นต้อกระจกชนิดบอดจากทีมจักษุ (จักษุแพทย์/พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา)
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม Vision2020Thailand
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ที่ได้รับการวินิจฉัย
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563		ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล		
			รอบที่ 1	รอบที่ 2	
		1 คะแนน	≤ 10 %	≤ 40 %	
		2 คะแนน	20 – 29 %	40-54 %	
		3 คะแนน	30 – 39 %	55-69 %	
		4 คะแนน	40 – 49 %	70-84 %	
		5 คะแนน	≥ 50 %	≥ 85 %	

เอกสารสนับสนุน	Vision2020 Thailand
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ร้อยละผู้ป่วยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน	ร้อยละ	80.20	82.72	80.5

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางพิศมัย วรรณชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 092-2259454
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	**ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัด** 1. นางพิศมัย วรรณชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 092-2259454โทรสาร 045-242225, 045-241918 E-mail : jumpitsamai@gmail.com 2. นางตวงพร มุกดากุล เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์มือถือ 094-4024130โทรสาร 045-242225, 045-241918

ตัวชี้วัด (R16)	**งานเฝ้าระวังและบำบัดยาเสพติด**
ตัวชี้วัดย่อย (R16.1)	**ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยยาเสพติด** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระบบ ทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการบำบัดรักษาและมีคะแนนประเมินความรุนแรงตามแบบคัดกรอง บคก.กสธ. ดังนี้ - ผู้ใช้ยาเสพติด (User) คะแนน 2 -3 - ผู้เสพยาเสพติด (Abuse) คะแนน 4-6 - ผู้ติด ยาเสพติด (Dependence) คะแนน 27 ขึ้นไป
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติด ที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ได้รับการบำบัดรักษาและติดตามดูแลต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษายาเสพติดในทุกระบบ และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา ในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบ) บำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ บสต.) ซึ่)งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาล
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่ได้รับการบำบัดรักษาติดตามดูแลต่อเนื่องตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างน้อย 4 ครั้งภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ Methadone Maintenance Treatment : MMT (เนื่องจาก เป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก3 เดือน (รายไตรมาส)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ร้อยละ 4□.00 – 44.99
2 คะแนน	ร้อยละ 45.00 – 49.99
3 คะแนน	ร้อยละ 50.00 – 54.99
4 คะแนน	ร้อยละ 55.00 – 59.99
5 คะแนน	≥ร้อยละ 60.00

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษา และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง 1 ปี (Retention Rate)	ร้อยละ	74.94	48.57	41.23

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางรัชนีพร เชื้อสระคู ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 065-7492656 2. นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 092-7185455 3.นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 087-3377311
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 092-7185455 2.นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 087-3377311
ตัวชี้วัดย่อย (R16.2)	**ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง** หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดที่ทีอาการหรือพฤติกรรมในข้อใดข้อหนึ่ง อย่างน้อย 1 ข้อ ตามเกณฑ์ต่อไปนี้ 1. มีประวัติการฆ่าตัวตายด้วยวิธีการรุนแรงโดยตั้งใจจะให้เสียชีวิตตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 2. มีประวัติการก่อความรุนแรง ทาร้ายผู้อื่น หรือสร้างความรุนแรงในชุมชนตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน 3. อาการทางจิตปัจจุบันของผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง เสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น 4. มีประวัติก่อคดีอาญารุนแรงตลอดชีวิตที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน (คดีความผิดต่อชีวิต ต่อร่างกาย และเกี่ยวกับเพศ)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง ที่ได้รับการคัดกรองเป็นผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติด ได้รับการช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง และติดตามดูแลต่อเนื่อง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรง
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษา จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (.บสต) สถานพยาบาล) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ)
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษา) จากสถานพยาบาล
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมิน บำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรงอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 4 ครั้ง ภายใน 1 ปี หลังจำหน่าย

รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติด ที่รับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จากสถานบำบัดฟื้นฟูผู้เสพผู้ติดยาเสพติด ยกเว้น ถูกจับ เสียชีวิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับ Methadone Maintenance Treatment : MMT (เนื่องจาก เป็นการดูแลต่อเนื่องไม่มีการจำหน่าย)
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส (3 เดือน ประเมิน)

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ร้อยละ 50.00-54.99
2 คะแนน	ร้อยละ 55.00 – 5□.99
3 คะแนน	ร้อยละ 60.00 – 64.99
4 คะแนน	ร้อยละ 65.00 – 69.99
5 คะแนน	≥ร้อยละ 70.00

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดกลุ่มเสี่ยงก่อความรุนแรงได้รับการประเมินบำบัดรักษาและติดตามดูแลช่วยเหลือตามระดับความรุนแรง อย่างต่อเนื่อง	ร้อยละ	NA	NA	NA

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางรัชนีพร เชื้อสระคู ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 065-7492656 2. นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 092-7185455 3.นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 087-3377311
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถานที่ทำงาน สำนักงานสารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 092-7185455 2.นายประมวล มาลา ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน สถานที่ทำงาน สำนักงานสารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มงาน ควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ 087-3377311

ตัวชี้วัดย่อย (R16.3)	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
คำนิยาม	**เครื่องดื่มแอลกอฮอล์** หมายความว่า สุราตามกฎหมายว่าด้วยสุรา ทั้งนี้ ไม่รวมถึงวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ยาเสพติดให้โทษตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	เพื่อคัดกรองความเสี่ยงของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการช่วยเลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้อัตราการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้ม ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนประชากรจังหวัดอุบลราชธานี อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนประชากรจังหวัดอุบลราชธานี อายุ 15 ปีขึ้นไป
สูตรคำนวณ	(A/B) ×100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ไตรมาสที่ 4

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 50 – 55
2 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 56 – 60
3 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 61 – 65
4 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 66 – 70
5 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 70 ขึ้นไป

เอกสารสนับสนุน

1.คู่มือการบันทึกข้อมูลการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในระบบ 43 แฟ้ม (Special pp) โครงการสร้างวิทยากรหนุนเสริมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับภาคีเครือข่าย

2.แนวปฏิบัติการคัดกรองและบำบัดรักษาฟื้นฟูสภาพผู้มีปัญหาการดื่มสุรา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ร้อยละ	NA	5.60	38.75

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0-4526 2692 ถึง 700 ต่อ 2200 โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0-4526 2692 ถึง 700 ต่อ 2200 โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896

ตัวชี้วัดย่อย (R16.4)	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ
คำนิยาม	**ผลิตภัณฑ์ยาสูบ** หมายความว่า ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนประกอบของใบยาสูบหรือพืชนิโคนาทาแบกกุ้ม (Nicotianatabacum) และให้ความรวมถึงผลิตภัณฑ์อื่นที่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งบริโภคโดยวิธีสูบ ดูด ดม อม เคี้ยว กิน เป่าหรือพ่นเข้าไปในปากหรือจมูก ทา หรือโดยวิธีอื่นใด เพื่อให้ผลเป็นเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ ไม่รวมถึงยาตามกฎหมายว่าด้วยยา
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	เพื่อคัดกรองความเสี่ยงของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการช่วยเลิกบุหรี่ เพื่อให้อัตราการสูบบุหรี่ลดลง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รายงานผ่านระบบ 43 แฟ้ม ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A =จำนวนประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนประชากรจังหวัดอุบลราชธานีอายุ 15 ปีขึ้นไป
สูตรคำนวณ	(A/B) ×100
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้งไตรมาสที่ 2,4

เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบร้อยละ 50 - 55
2 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบร้อยละ 56 - 60
3 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบร้อยละ 61 - 65
4 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบร้อยละ 66 - 70
5 คะแนน	ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบร้อยละ 70 ขึ้นไป

เอกสารสนับสนุน

1.คู่มือการบันทึกข้อมูลการบำบัดผู้เสพติดบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในระบบ 43 แฟ้ม (Special pp) โครงการสร้างวิทยากรหนุนเสริมโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชันย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับภาคีเครือข่าย

2.คู่มือ การบริหารจัดการข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคยาสูบในระบบ 43 แฟ้ม (Special PP) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

Based Line Data

Based Line □ata	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองการบริโภคผลิตภัณฑ์ยาสูบ	ร้อยละ	6.70	25.30	47.65

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0-4526 2692 ถึง 700 ต่อ 2200 โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุทธิพงษ์ บุญบรรจง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ 0-4526 2692 ถึง 700 ต่อ 2200 โทรศัพท์มือถือ 088-340-4896

ตัวชี้วัด (R17)	งานการแพทย์ฉุกเฉิน
ตัวชี้วัดย่อย (R17.1)	ร้อยละของประชากรเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
คำนิยาม	**ประชากร** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตทุกคนในประเทศไทย **การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน** หมายถึง การที่ประชากรที่เจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตได้รับบริการการแพทย์ฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงสถานพยาบาลโดยการสั่งการของศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ **ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต (สีแดง)** ได้แก่ บุคคลซึ่งได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหันซึ่งมีภาวะคุกคามต่อชีวิตซึ่งหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที เพื่อแก้ไขระบบการหายใจ ระบบไหลเวียนเลือดหรือระบบประสาทแล้วผู้ป่วยจะมีโอกาสเสียชีวิตได้สูง หรือทำให้การบาดเจ็บหรืออาการป่วยของผู้ป่วยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้น หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวซึ่งไม่รวมผู้ป่วยส่งต่อ (Refer) **ชุดปฏิบัติการฉุกเฉิน** หมายถึง ชุดปฏิบัติการที่ออกปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้ขึ้นทะเบียนในระบบการแพทย์ฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 26
วัตถุประสงค์	1.เพื่อลดความเหลื่อมล้ำด้านคุณภาพบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินแก่ประชาชน 2.เพื่อให้ประชาชนเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตสามารถเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้ครอบคลุมทุกพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนทุกคนในประเทศไทย
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. จากการบันทึกข้อมูลผลการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินของแต่ละจังหวัดในโปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2. จากการบันทึกข้อมูลการคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลทุกแห่งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1.โปรแกรมระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS) 2.ทะเบียนบันทึกข้อมูลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีแดง)ที่มาโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS)
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER Visit)
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4
การประเมินผล	พิจารณาจากสัดส่วนวิกฤติที่มาด้วยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ ห้องฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยวิกฤติทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินทั้งหมด
เกณฑ์การประเมินผล Ranking ปี 2563	

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 15
2 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 15-19
3 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 19-24
4 คะแนน	ระหว่างร้อยละ 25-29
5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 30

เอกสารสนับสนุน	1. รายงานข้อมูลการให้บริการในระบบ ITEMS 2. รายงานการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินจากโรงพยาบาลระดับ A , S และ M1 ภาครัฐ ทุกแห่ง
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
จำนวนผู้ป่วยสีแดง	ครั้ง	2,535	2,601	2,810

	ที่มาด้วย EMS				
	จำนวน ผู้ป่วยทั้งหมดที่ห้องฉุกเฉิน ER visit	ครั้ง	14,834	15,03□	10,278
	ร้อยละ	ร้อยละ	17.09	17.30	27.34

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นายบดินทร์ บุญขันธ์ หัวหน้างานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 262692 โทรศัพท์มือถือ : 091 0204657 โทรสาร : 045 241918 E-mail : dbod2009@gmail.com 2. นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 262692 โทรศัพท์มือถือ: 081 7904981 โทรสาร :045 241918 E-mail :Alisuphan@hotmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายบดินทร์ บุญขันธ์ หัวหน้างานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 262692โทรศัพท์มือถือ : 091 0204657 โทรสาร : 045 241918 E-mail : dbod2009@gmail.com
ตัวชี้วัดย่อย (R17.2)	**อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit) (Trauma<12% ,Non Trauma < 12%)**
คำนิยาม	ECS :Emergency Care System **(ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ)** **หมายถึง** ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพ ประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster) **แนวคิดการจัดบริการ ECS คือ** การพัฒนา **"ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)"** ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง **"ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)"** ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ 1) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 2) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน 3) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน **การพัฒนา ECS ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ** **"ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน" หมายถึง** ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับ **การคัดแยกเป็น Triage Level 1** **"การเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง" หมายถึง** นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	อัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(ทั้งที่ ER และ Admit) จากห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 น้อยกว่าร้อยละ 12
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และภาวะภัยพิบัติ

	ในปี 2561-2565 จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัย และประทับใจ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับ A, S, M1
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ใช้ข้อมูลจากระบบ HDC เท่านั้น 1. ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน 2. ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION 3. ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (ทั้ง trauma และ Non trauma) จากแฟ้ม ACCIDENT
แหล่งข้อมูล	มาตรฐาน 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(ทั้ง trauma และ Non trauma) ที่เสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมง
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน(ทั้ง trauma และ Non trauma) ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และไตรมาสที่ 4
วิธีการประเมินผล	**<u>ขั้นตอนที่</u> 1** โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลและ TEA Unit ในโรงพยาบาลระดับ ขึ้นไปเพื่อทำหน้าที่ 1.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยก 1.2 รวบรวมข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉินภายใน 24 ชั่วโมง 1.3 วิเคราะห์โรคและสาเหตุการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน 1.4 Audit เพื่อค้นหาโอกาสการพัฒนา และจัดทำข้อเสนอแนะ 1.5 วางแผนการพัฒนาโดยจัดลำดับความสำคัญ 1.6 นำแผนไปปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม **<u>ขั้นตอนที่</u> 2** เขตสุขภาพ /สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2.1 จัดทำสถิติบริการห้องฉุกเฉินแยกตามระดับการคัดแยกตามระดับโรงพยาบาล 2.2 เปรียบเทียบเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่ Admit จากห้องฉุกเฉิน
เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) 1. อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 (ทั้งที่ ER และ Admit)	

ค่าคะแนน	ความหมาย / ตัวชี้วัด
1	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 มากกว่า ร้อยละ 20.00ขึ้นไป
2	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ร้อยละ 18.01-20.00
3	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ร้อยละ 15.01-18.00
4	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M1 ร้อยละ 12.01-15.00
5	อัตราการเสียชีวิตของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง ในโรงพยาบาล ระดับ A, S, M1 น้อยกว่า ร้อยละ 12

2. แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินของโรงพยาบาลจัดทำฐานข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยฉุกเฉินที่จำเป็น	**ฐานข้อมูลที่จำเป็น ประกอบด้วย** 2.1 ข้อมูลอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 24 ชม. 2.2 ข้อมูลอัตราของผู้ป่วย trauma triage level 1 และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาลสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน 60 นาที 2.3ข้อมูลอัตราของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง(mortality rate of severe traumatic brain injury) (GCS ≤8) ในโรงพยาบาล 2.4 ข้อมูลการดำเนินงาน TEA Unit และหรือ ER คุณภาพ

<table>
<tr><td></td><td>2.5 ข้อมูลการประเมิน ECS คุณภาพของโรงพยาบาล
<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1 คะแนน</td><td>มีฐานข้อมูล 1 ฐาน</td></tr>
<tr><td>2 คะแนน</td><td>มีฐานข้อมูล 2ฐาน</td></tr>
<tr><td>3 คะแนน</td><td>มีฐานข้อมูล 3ฐาน</td></tr>
<tr><td>4 คะแนน</td><td>มีฐานข้อมูล 4ฐาน</td></tr>
<tr><td>5 คะแนน</td><td>มีฐานข้อมูล 5ฐาน</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>3. มีการวิเคราะห์ และสรุปสาเหตุการเสียชีวิตการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 24 ชม.</td><td>
<table>
<tr><th>คะแนน</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>1 คะแนน</td><td>ร้อยละ 50</td></tr>
<tr><td>2 คะแนน</td><td>ร้อยละ 51-59</td></tr>
<tr><td>3 คะแนน</td><td>ร้อยละ 60-69</td></tr>
<tr><td>4 คะแนน</td><td>ร้อยละ 70-79</td></tr>
<tr><td>5 คะแนน</td><td>ร้อยละ 80 ขึ้นไป</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>สรุปการให้คะแนน</td><td>3 ส่วน (ส่วนที่ 1+ส่วนที่ 2+ ส่วนที่ 3) X5 = ...คะแนน
15</td></tr>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>http://www.who.int/bulletin/volumes/91/5/12-112664/en/
คู่มือความปลอดภัยผู้ป่วย (National Patient Safety Goal) SIMPLE</td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>นางสาวเบญจวรรณ อ่อนอรรถ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 085-1045092
โทรสาร : 045-241918 E-mail : benjy_a29@hotmail.com</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล</td><td>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td></tr>
<tr><td>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นางสาวเบญจวรรณ อ่อนอรรถ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 085-1045092
โทรสาร : 045-241918 E-mail : benjy_a29@hotmail.com</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัด (R18)	ระดับความสำเร็จของการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI)
คำนิยาม	**1.ระดับความสำเร็จของการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI)** หมายถึง อำเภอดำเนินการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI)ตามแนวทางการดำเนินงานและประเมินผลของกรมควบคุมโรค โดยดำเนินการตามเกณฑที่กำหนดในขั้นตอนที่ 1 - 5 2.อุบัติเหตุทางถนน หมายถึง อุบัติเหตุจากการใช้ยานพาหนะที่ใช้ในการขนส่งบุคคลหรือสิ่งของที่เกิดขึ้นบนทางสาธารณะซึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดการบาดเจ็บ พิการ และเสียชีวิต ทั้งที่เป็นผู้ขับขี่ ผู้โดยสาร หรือคนดินเท้า รหัส ICD10 คือV01 – V89 **3.การป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ (D-RTI)**หมายถึง การดำเนินงานการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ (District Road Traffic Injury : D-RTI) โดยหน่วยงานในอำเภอผ่านกลไกการทำงานต่างๆ ได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนอำเภอ (ศปถ.อำเภอ) ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ศปถ.อปท.) และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในอำเภอ เช่น สำนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย แขวงการทาง หมวดการทาง ขนส่งอำเภอ/จังหวัด ตำรวจ สถานศึกษา ภาคเอกชน ฯลฯ
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ระดับความสำเร็จระดับ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อสร้างกระบวนการในการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสาน และรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 25 อำเภอ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับอำเภอ
รายการข้อมูลที่ 1	A= จำนวนอำเภอ ที่ดำเนินการครบ 5 ขั้นตอน
รายการข้อมูลที่ 2	B= จำนวนอำเภอทั้งหมด 25 อำเภอ
สูตรคำนวณ	$\frac{(A \times 100)}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส1, 2, 3 และ4
วิธีการประเมินผล :	ปี 2563 นับจำนวนอำเภอที่สามารถดำเนินการได้ทั้ง 5 ขั้นโดยแบ่งการแประเมินผลดังนี้ 1.ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกอำเภอดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1 2.ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกอำเภอดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 3.ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกอำเภอดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 4 4.ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน)ทุกอำเภอดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 5

ลำดับ	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
1	มีการจัดตั้งคณะทำงาน Core Team และมีการประชุมการขับเคลื่อนวางแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาในอำเภอ (พชอ./ศปถ.อำเภอ)	-คำสั่ง -สรุปการประชุมฯ
2	มีการจัดการ/ใช้ข้อมูลเฝ้าระวัง โดยจัดทำแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการบาดเจ็บและเสียชีวิต ตามหลักระบาดการบาดเจ็บ คน รถ ถนน แยกรายตำบล และกลุ่มอายุ และข้อมูลปัญหาเฉพาะพื้นที่อำเภอ และสภาวะแวดล้อม และระบบที่เกี่ยวข้อง	-ข้อมูล 3 ฐานของอำเภอ -สรปการวิเคราะห์ข้อมูลจำแนกรายตำบล ในประเด็นต่างๆ
3	มีการสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บและเสียชีวิตโดยทีมสหาสาขา ในกรณีที่เข้าเกณฑ์ที่ต้องสอบสวนเพื่อการเฝ้าระวังไม่ให้เกิดซ้ำ และกำหนดจุดเสี่ยงที่เกิดอุบัติเหตุบ่อย โดยใช้สถิติวิเคราะห์เชิงระบาดวิทยาอำเภอละ 5 จุด	-แบบบันทึกการสอบสวนอุบัติเหตุ -สรุปจุดเสี่ยงของอำเภอๆละ 5 จุด
4	ดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน โดยสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ประเด็นปัญหาของอำเภอ	-แผน/โครงการ/กิจกรรมในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาร่วมกับภาคีเครือข่ายในอำเภอ/ตำบล -สรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหา/ความเสี่ยง
5	จัดตั้งทีม RTI ระดับตำบล และส่งเสริม/สนับสนุนให้ดำเนินการตามกระบวนการได้อย่างต่อเนื่อง	-มีพื้นที่ดำเนินงาน RTIต้นแบบระดับตำบลอย่างน้อยอำเภอละ 1 ตำบล

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking)

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	มีการดำเนินการตามข้อ 1
2 คะแนน	ดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1- 2
3 คะแนน	ดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1- 3
4 คะแนน	ดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1- 4
5 คะแนน	ดำเนินการได้ตามขั้นตอนที่ 1- 5

เอกสารสนับสนุน

1.แนวทางการดำเนินงานและการประเมินผลการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ(D-RTI PLUS : District Road Traffic Injury) สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค
2.ข้อมูลการบาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (3 ฐาน) จังหวัดอุบลราชธานี

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ระดับความสำเร็จของการป้องกันก□รบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับอำเภอ	ระดับ	ตัวชี้วัดใหม่ ปี 2563		

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 095-9065542
โทรสาร : 045-241918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com

	2. นายบดินทร์ บุญขันธ์ หัวหน้างานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 091-0204657 โทรสาร : 02-5918276 E-mail : dbod2009@gmail.com 3. นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 262692 โทรศัพท์มือถือ : 081 7904981 โทรสาร : 045 241918 E-mail :Alisuphan@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 095-9065542 โทรสาร : 045-241918 E-mail : mr.akk1669@gmail.com

ตัวชี้วัด (R19)	**ระดับความสำเร็จของการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี**
คำนิยาม	**1. เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี** หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี **2. การจมน้ำ** หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ **3. ผู้ก่อการดี** (MERIT MAKER) คือกลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำที่ครอบคลุมทั้งการจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมเกิดจากการรวมตัวกันเป็นทีมขึ้นของเครือข่ายภาครัฐ (สาธารณสุขท้องถิ่นการศึกษาป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยพัฒนาสังคมฯฯลฯ) ภาคเอกชนจิตอาสาหรือประชาชนทั่วไปเพื่อร่วมกันดำเนินการป้องกันการจมน้ำใน 10 ในองค์ประกอบได้แก่นโยบายการบริหารจัดการสถานการณ์และข้อมูลการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงการดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กการให้ความรู้การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอดการสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) การสื่อสารประชาสัมพันธ์และการศึกษาวิจัยหรือติดตามประเมินผล **4. ผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ**คือระดับทองระดับเงินและระดับทองแดงระดับทองแดงดำเนินงาน 7 องค์ประกอบระดับทองและระดับเงินจะต้องดำเนินงานทั้ง 10 องค์ประกอบการสร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ในพื้นที่จะเริ่มจากการมีข้อมูลในพื้นที่เพื่อนำไปใช้ในการผลักดันให้ผู้บริหารทราบปัญหาโดยอาจผลักดันผ่านการประชุมระดับอำเภอ/ตำบล/หมู่บ้านจากนั้นจัดเวทีโดยมีหน่วยงาน/ผู้ที่เกี่ยวข้องตามมาตรการในผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	**เป้าหมายลดโรค** (ระดับประเทศ) ประจำปี 2563 อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปีน้อยกว่า 3.5 ต่อประชากรเด็กแสนคน เป้าหมายระดับจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2563: พื้นที่สีแดงลดลงร้อยละ 50 ต่อปี พื้นที่เสี่ยงมาก(พื้นที่สีแดง) อัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนมากกว่าหรือเท่ากับ 7.5 หรือจำนวนคนเสียชีวิตตั้งแต่ 20 คนขึ้นไปการคิดค่าเป้าหมายการลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำเสียชีวิตโดยใช้ค่าเฉลี่ย 3 ปี (ปีพ.ศ. 2559 - 2561):

	<table><tr><td>การเสียชีวิต</td><td>ทีมผู้ก่อการดี</td></tr><tr><td>≤ 4.0 (ไม่เกิน14คน)</td><td>ระดับทอง หรือเงิน จำนวน 13 ทีม</td></tr></table>
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 392,390 คน)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. เอกสารสถิติการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2. แบบรายงานการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ/ตกน้ำ 3. แผนการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 4. เอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานตามช่วงเวลาที่กำหนด 5. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ระดับอำเภอจากโรงพยาบาลทุกแห่ง
แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการตายจากรายงานการสอบสวนจากการจมน้ำ/ตกน้ำ ระดับอำเภอ 2. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูลที่ 1	A =จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำของจังหวัดในปี 2563
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเด็กประชากรกลางปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
สูตรคำนวณ	(B/A) ×100,000
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน)
เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking)	**แนวทางการดำเนินงาน** 1. สร้างทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ระดับทองและระดับเงินโดยร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งภาครัฐภาคเอกชนจิตอาสาหรือประชาชนทั่วไปเพื่อผลักดันให้เกิดทีมผู้ก่อการดี (MERIT MAKER) ในระดับหมู่บ้าน/ตำบล/อำเภอ 2.ขับเคลื่อนนโยบายและติดตามประเมินผลเช่นผลักดันให้เกิดการใช้คอกกั้นเด็ก/การมีพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) ในครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0 - 2 ปี 3. เฝ้าระวัง/สอบสวนการจมน้ำ (ทั้งเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต) 4.การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในชุมชนเช่นจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันการจมน้ำเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการป้องกันการจมน้ำ

วิธี/เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2563

เกณฑ์การประเมินและน้ำหนักคะแนน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1.จำนวนทีมผู้ก่อการดี (น้ำหนัก 40%)	มีทีมผู้ก่อการดี (ทีมเดิม)อย่างน้อย 2 ทีม และมีการพัฒนาต่อเนื่อง	ร้อยละ 50 ของตำบลทั้งหมดมีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดงที่ผ่านการประเมิน	ร้อยละ 100 ของตำบลทั้งหมดมีทีมผู้ก่อการดีระดับทองแดงที่ผ่านการประเมิน	ได้รับการประเมินทีมผู้ก่อการดี ระดับเงินหรือทอง จาก สคร. 10 หรือในระดับประเทศ	มีทีมผู้ก่อการดีระดับเงิน หรือระดับทองอย่างน้อย 1 ทีม
2.ร้อยละของครัวเรือนที่มีเด็กอายุ 0 - 2 ปีมีการใช้คอกกั้นเด็ก/การมีพื้นที่เล่นที่ปลอดภัย (Playpen) (น้ำหนัก 20%)	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70
3.ร้อยละสอบสวนการจมน้ำ (ทั้งเสียชีวิตและไม่เสียชีวิต) (น้ำหนัก 20%)	มีรายงานสอบสวนแต่ไม่ครบ 20%	มีรายงานสอบสวนแต่ไม่ครบ40%	มีรายงานสอบสวนแต่ไม่ครบ 60%	มีรายงานสอบสวนแต่ไม่ครบ 80%	มีการสอบสวนและส่งรายงานให้ สสจ. ครบ 100%
4.การจัดกิจกรรม/รณรงค์ประชาสัมพันธ์ป้องกันการจมน้ำในพื้นที่(น้ำหนัก 10%)	(ไม่มีเกณฑ์)	(ไม่มีเกณฑ์)	(ไม่มีเกณฑ์)	(ไม่มีเกณฑ์)	มีการจัดกิจกรรมที่ชัดเจนและสรุปผลกิจกรรมส่ง สสจ. อย่างน้อย 1 ครั้ง
5. อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (น้ำหนัก 10%)	มากกว่า 9.6 ต่อ ปชก.แสนคน	อัตรา 7.6-9.5 ต่อ ปชก.แสนคน	อัตรา 5.6-7.5 ต่อ ปชก.แสนคน	อัตรา 3.5-5.5 ต่อ ปชก.แสนคน	น้อยกว่า 3.4 ต่อ ปชก.แสนคน

เอกสารสนับสนุน

1.สถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำแยกรายอำเภอ
2.แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน
3.แนวทางการประเมินผู้ก่อการดี การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (Merit Maker)

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	คน	28	20	21
อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	อัตราต่อประชากรแสนคน	7.67	5.70	5.83
ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง	ร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด	63	34	22

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นางฐาณิญา นาจาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โทร. 087-3770333Email : thaniyaa.emsubon@gmail.com
2. นายบดินทร์ บุญขันธ์ หัวหน้างานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2400 โทรศัพท์มือถือ : 091-0204657
โทรสาร : 02-5918276 E-mail : dbod2009@gmail.com
3. นางสาวอลิษา สุพรรณ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 262692 โทรศัพท์มือถือ : 081 7904981
โทรสาร : 045 241918 E-mail :Alisuphan@hotmail.com

หน่วยงานประมวลผลและ
ผู้จัดทำข้อมูล

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางฐาณิญา นาจาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร. 087-3770333 Email : thaniyaa.emsubon@gmail.com

ตัวชี้วัด (R20)	**ร้อยละการตรวจ/คัดกรองโรคปอดและมะเร็ง**
ตัวชี้วัดย่อย (R20.1)	**ร้อยละของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ได้รับการประเมินสมรรถภาพปอด ด้วยวิธี Spirometry**
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส ICD10 J440 – J441 จากแฟ้ม Chronic ,Diag OPD , Diag IPD
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์	1. ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้รับการประเมินสมรรถภาพปอดตามมาตรฐาน 2. ประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี ในเขตรับผิดชอบ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	1. ฐานข้อมูลผู้ป่วย 43 แฟ้มของคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาล 2. โปรแกรม COPD Quality of Care
รายการข้อมูลที่ 1	A = ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (Person Type are 1, 3)ได้รับการตรวจประเมินสมรรถภาพปอดด้วยวิธี Spirometry ในปีงบประมาณ 2563 อย่างน้อย 1 ครั้ง
รายการข้อมูลที่ 2	B = ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตพื้นที่รับผิดชอบ (Person Type are 1, 3) ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการนิเทศงาน ครั้งที่ 1 ภายในเดือนมีนาคม 2563 ครั้งที่ 2 ภายในไตรมาส 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี2563

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่า 30.00 %
2 คะแนน	30.00 - 39.99 %
3 คะแนน	40.00 – 49.99 %
4 คะแนน	50.00 – 59.99 %
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ 60 %

เอกสารสนับสนุน แนวเวชปฏิบัติสาธารณสุข โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ร้อยละของผู้ป่วย COPD ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด ด้วยวิธี Spirometry	ร้อยละ	-	-	30.07

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 E-mail : pomwank@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรศัพท์มือถือ : 080 415 9495 ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงาน COPD ของโรงพยาบาล
ตัวชี้วัดย่อย (R20.2)	**ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (เริ่ม cycle ใหม่ ปี 2563-2567)**
คำนิยาม	**1.กลุ่มเป้าหมาย** หมายถึง สตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิที่มีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตรับผิดชอบ **การตรวจปากมดลูก** หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear , VIA , HPV DNA Test Pap 2.Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา **3.VIA (Visual Inspection with Acetic acid)** หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูก ทิ้งไว้ 1 นาที น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาวขอบเขตชัดเจน และตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่าเป็นมะเร็ง แต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ ซึ่งเหมาะสำหรับในการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30 – 45 ปี **4. HPV DNA Test** เป็นวิธีตรวจหาเซลล์มะเร็ง เริ่มปี 2563 ใช้แนวทางที่กรมการแพทย์กำหนด
เกณฑ์ค่าเป้าหมายปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของหญิงไทยทุกสิทธิที่มีอายุ 30 - 60 ปี
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิ อายุ 30-60 ปี Type area 1,3
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC) , Cockpit 1) ข้อมูล 43 แฟ้ม (แฟ้ม DIAGNOSIS_OPD รหัสZ014 หรือ Z124 หรือ 2) SPECIAL PP รหัส 1B30 หรือ 1B40 หรือ รหัสที่ขึ้นต้นด้วย 1B004
รายการข้อมูลที่ 1	A= จำนวนสตรีสัญชาติทุกสิทธิอายุ 30-60 ปี Type area 1,3 ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสม ตั้งแต่ปี 2563 -2567
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนสตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิ อายุ 30-60 ปี Type area 1,3 ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	2 รอบ ตามการนิเทศงาน ครั้งที่ 1 ภายในเดือน มีนาคม 2563 ครั้งที่ 2 ภายในไตรมาส 4 ใช้ข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2563
วิธีการประเมินผล	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking)

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	น้อยกว่า ร้อยละ 5
2 คะแนน	ร้อยละ 5.00 - 9.99
3 คะแนน	ร้อยละ10.00 - 14.99
4 คะแนน	ร้อยละ15.00 - 19.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 20

Based Line Data	Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2560	2561	2562
	ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปีสะสมภายใน 5 ปี	ร้อยละ	55.92	82.27	84.02

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางกุลชาธนันต์ พลินรัชต์ธนะเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 095 610 8985 E-mail: kut_25@hotmail.co.th 2. นางสาวภูริดา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 089 949 5856 E-mail: ncdatlotus@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ระดับจังหวัด : นางกุลชาธนันต์ พลินรัชต์ธนะเดช โทรศัพท์ 045-262692 Mobile: 0956108985 E-mail: kut_25@hotmail.co.th ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งอำเภอ

ตัวชี้วัดย่อย (R20.3)	**ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์**
คำนิยาม	**1.การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจอัลตร้าซาวด์** **กลุ่มเสี่ยงกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป (person 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ คือ 1. มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) 2. มีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติป่วยหรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี 3. มีประวัติป่วยเป็น ไวรัสตับอับเสบบี 4. เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	ค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เพื่อเข้ารับการรักษา
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่ - อาศัยอยู่ในภาคอีสานมากกว่า 20 ปี ปีประวัติกินสุกๆ ดิบ ๆ - มีประวัติการตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ (OV+) - มีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติป่วยหรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี - มีประวัติป่วยเป็น ไวรัสตับอักเสบบี - ไม่เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1.จัดเก็บข้อมูลตามแบบ CCA01, CCA02 โดยการบันทึกข้อมูล ผ่าน ระบบ CASCAP หรือ Isan cohort มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี 2. สรุปผลการดำเนินงาน ราย เดือน
แหล่งข้อมูล	1. ระบบ CASCAP มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี 2. จากแบบสรุปผลการดำเนินงานรายอำเภอ
รายการข้อมูลที่ 1	A= จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตร้าซาวด์ฯ
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ดำเนินงานได้
เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking)	

ค่าคะแนน	**เกณฑ์การประเมินผล**
1 คะแนน	น้อยกว่า50.00 %
2 คะแนน	50.00 - 59.99 %
3 คะแนน	60.00 – 69.99 %
4 คะแนน	70.00 – 79.99 %
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ 80 %

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วยวิธีอัลตร้าซาวด์	ร้อยละ	91.79	94.0	96.40

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวภูริดา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์หน่วยงาน 045-262692 โทรศัพท์มือถือ 089 949 5856 E-mail: ncdssjubon@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวภูริดา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์หน่วยงาน 045-262692 โทรศัพท์มือถือ 089 949 5856 E-mail: ncdssjubon@gmail.com
ตัวชี้วัดย่อย (R20.4)	**ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ)**
คำนิยาม	**1.ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** หมายถึง ประชากรเพศชายและหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปี **2.การตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Fit Test** (Fecal Immunochemical Test) เป็นการตรวจหาเลือดแฝงในอุจจาระโดยอาศัยปฏิกิริยาทางอิมมูโนที่จำเพาะต่อฮีโมโกบินในเม็ดเลือดแดงที่มีความจำเพาะของคนเท่านั้น ผู้รับการตรวจไม่จำเป็นต้องควบคุมอาหารก่อนตรวจ **การปฏิบัติหลังทราบผลการตรวจคัดกรอง** 3.ผลลบ (Negative) หมายถึง ไม่พบเลือดในอุจจาระ ให้คำแนะนำการดูแลตนเองและแนะนำให้ได้รับการตรวจคัดกรองทุก 2 ปี 4. ผลบวก (Positive) หมายถึง ตรวจพบเลือดในอุจจาระ ส่งต่อไปโรงพยาบาลที่กำหนดไว้ เพื่อทำการส่องกล้องดูลำไส้ (Coloscopy) และให้การวินิจฉัยโรค กรณีที่คัดกรองในโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยส่องกล้อง Colonoscopy ให้ส่งต่อภายในโรงพยาบาล **วิธีนับอายุกลุ่มเป้าหมายของปี 2563** ปี 2563 ประชากรทั้งเพศชายและหญิง ที่เกิด พ.ศ.2493-2513 ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal) ด้วยวิธี FIT test (การตรวจหาเลือดในอุจจาระ) จากสถานพยาบาลในโครงการตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563 **** งบประมาณค่าใช้จ่ายในการตรวจ Fittest ปี 2563 สปสช.ได้จัดสรรเงิน จำนวน 35 บาท รวมในเงิน OP เรียบร้อยแล้ว*****
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	

เป้าหมาย	เกณฑ์เป้าหมาย ปี 2563
1. ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี Fit Test	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80
2. ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ต้องได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (Colonoscopy)	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50

วัตถุประสงค์	1. เพื่อตรวจหาผู้ป่วยในระยะก่อนเป็นมะเร็งหรือมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงระยะต้น 2. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในกลุ่มประชากรสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่มีอายุ 50-70 ปี 3. ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งต่อและดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเครือข่ายของหน่วยบริการในระดับพื้นที่
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1.ร้อยละ 10 ของประชากร เพศชายและหญิง ที่มีอายุ 50-70 ปีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2.จำนวน เป้าหมายดำเนินงาน ตามที่ กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติดกำหนด
วิธีจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของโรงพยาบาล และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน 43 แฟ้ม - จำนวนประชากรเป้าหมายตามเขตกำหนด - จำนวนประชากรเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง

	- จำนวนผู้ที่มีผลคัดกรองเป็นบวก - จำนวนผู้ที่มีผลบวกและได้รับการส่องกล้อง - จำนวนการคัดกรอง Fit Test ได้จากการคัดกรองและบันทึกข้อมูลส่งในแฟ้ม SPCIALPP ที่รหัส 1B0060(ผลลบหรือปกติ) และ 1B0061(ผลบวกหรือผิดปกติ) และเชื่อมโยงไปหาแฟ้มประชากร (PERSON) และแฟ้ม SERVICE ได้ โดยรหัสสิทธิ์ต้องเป็น '0100' สิทธิ UC เท่านั้น รหัสในการบันทึก 1. การส่องกล้องตรวจลำไส้ (Colonoscopy) คิดจากคนที่มีผลการคัดกรอง Fit Test ผิดปกติหรือผลเป็นบวก แล้วได้รับการส่องกล้อง บันทึกการทำ Colonoscopy ในแฟ้ม PROCEDURE_OPD หรือ แฟ้ม PROCEDURE_IPD ซึ่งนับจากแฟ้มหัตถการ ที่รหัส 45.23, 45.25, 45.42, 453-00-21, 453-04-39, 453-26-20 ดังนี้ C1= Colonoscopy = รหัส 45.23 (ICD-9-CM 2010) หรือ 453-00-21 (ICD-10-TM 2014) C2= Colonoscopy with polypectomy = รหัส 45.42 (ICD-9-CM 2010) หรือ 453-26-20 (ICD-10-TM 2014) C3= Colonoscopy with biopsy of colon = รหัส 45.25 (ICD-9-CM 2010) หรือ 453-04-39 (ICD-10-TM 2014) 2. ผลการส่องกล้องตรวจลำไส้ (Colonoscopic Finding) นับจากแฟ้มวินิจฉัยโรค การวินิจฉัยโรคบันทึกในแฟ้ม DIAGNOSIS_OPD หรือ DIAGNOSIS_IPD) ซึ่งแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผิดปกติ รหัส K51.9,K57.9,K638,K63.5 2) กลุ่มที่พบมะเร็ง ICD10 ขึ้นต้นด้วย C ใช้รหัส C18-C20 (รหัสมาตรฐาน ICD-10)
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล 43 แฟ้ม ผ่าน Health Data Center (HDC)

รายการข้อมูลที่ 1	$A_{(1)}$ = จำนวนประชากรเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองด้วยวิธี Fit Test $A_{(2)}$ = จำนวนประชาการเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการทำ Colonoscopy
รายการข้อมูลที่ 2	$B_{(1)}$ =จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายตามจังหวัดกำหนด $B_{(2)}$ =จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive)
สูตรคำนวณ	$(A_{(1)} / B_{(1)}) \times 100$ $(A_{(2)} / B_{(2)}) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน ไตรมาส 2 และ ไตรมาส 4
วิธีการประเมินผล :	ติดตามจากระบบรายงานใน HDC
เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking)	ประเมินผลรอบ 1 (ไตรมาส 2 เดือนมีนาคม) และ รอบ 2 (ไตรมาส 4 เดือนสิงหาคม)

ค่าคะแนน	**FIT test**
1 คะแนน	น้อยกว่า ร้อยละ 50
2 คะแนน	ร้อยละ 50.00-59.00
3 คะแนน	ร้อยละ 60.00-69.99
4 คะแนน	ร้อยละ 70.00-79.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80

ได้รับการตรวจ Colonoscopyประเมินเฉพาะ รอบ 2 ไตรมาส 4 เดือนสิงหาคม

ค่าคะแนน	Colonoscopy
1 คะแนน	น้อยกว่า ร้อยละ 20
2 คะแนน	ร้อยละ 20.00 - 29.99
3 คะแนน	ร้อยละ 30.00-39.99
4 คะแนน	ร้อยละ40.00- 49.99
5 คะแนน	มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 50

ค่าคะแนนใน รอบ 2 = ค่าคะแนน fit test + คะแนน Colonoscopy หาร 2

เอกสารสนับสนุน

แนวทางการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT test ปี 2560

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT test	ร้อยละ	-	80.85	87.20
กลุ่มเป้าหมายที่มีผลตรวจเป็นบวก (Positive) ได้รับการส่องกล้องดูลำไส้ (Colonoscopy)	ร้อยละ	-	51.79	40.22

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางกุลชาธนันต์ พลินรัชต์ธนะเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
   สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692
   โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 095 610 8985
   E-mail: kut_25@hotmail.co.th
2. นางสาวภูริดา พลศักดิ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
   สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692
   โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 089 949 5856
   E-mail: ncdatlotus@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน

ระดับจังหวัด : นางกุลชาธนันต์ พลินรัชต์ธนะเดช โทรศัพท์ 045-262692
Mobile: 0956108985 E-mail: kut_25@hotmail.co.th
ระดับอำเภอ : ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งระดับอำเภอ

เป้าหมายการตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรวจด้วย Fit test ปี 2563

หมายเหตุ

พื้นที่โซน	หน่วยบริการ	ผลรวม ปชก.UC 50-70 ปี	เป้าหมาย Fit test ปี 63
1	10946 - รพ.เขื่องใน	21,854	2,185
1	10953 - รพ.ม่วงสามสิบ	16,867	1,687
1	10957 - รพ.ตาลสุม	5,916	592
1	10960 - รพ.ดอนมดแดง	5,242	524
1	21984 - รพ.๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ	23,080	2,308
1	27976 - รพ.เหล่าเสือโก้ก	4,933	493
2	10944 - รพ.ศรีเมืองใหม่	12,379	1,238
2	10947 - รพ.เขมราฐ	14,452	1,445
2	10951 - รพ.ตระการพืชผล	23,431	2,343
2	10952 - รพ.กุดข้าวปุ้น	7,945	795
2	10958 - รพ.โพธิ์ไทร	8,144	814
2	24032 - รพ.นาตาล	6,274	627
3	10945 - รพ.โขงเจียม	5,944	594
3	10954 - รพ.วารินชำราบ	26,870	2,687
3	10956 - รพ.พิบูลมังสาหาร	24,378	2,438
3	10959 - รพ.สำโรง	10,796	1,080
3	10961 - รพ.สิรินธร	8,858	886
3	24821 - รพ.นาเยีย	4,966	497
3	27967 - รพ.สว่างวีระวงศ์	5,803	580
4	10948 - รพ.นาจะหลวย	9,878	988
4	10949 - รพ.น้ำยืน	12,532	1,253
4	10950 - รพ.บุณฑริก	16,559	1,656
4	10962 - รพ.ทุ่งศรีอุดม	5,308	531
4	11443 - รพร.เดชอุดม	32,962	3,296
4	27968 - รพ.น้ำขุ่น	5,787	579
	รวม	321,158	32,116

หมายเหตุ การประเมิน Ranking ไม่นับรวม 6CUP นี้		
11495 - รพ.กองบิน21	49	5
15246 - ศสช.ชยางกูร28	10,540	1,054
11496 - รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์	1,781	178
11918 - รพ.เอกชนร่มเกล้า	1,538	154
15078 - ศูนย์สุขภาพวิทยาลัยแพทย์ศาสตร์ฯ ม.อุบล	6	1
24740 - ศสช.มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี	64	6

ตัวชี้วัด (R21)	ร้อยละผลงานตรวจคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่มโรค
คำนิยาม	**การคัดกรองเด็กนักเรียน 4 กลุ่ม โรค**หมายถึง การคัดกรองสุขภาพจิตเด็กนักเรียนรายบุคคลโดยคุณครูประจำชั้น ด้วยเครื่องมือ 1.) แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และเด็กเรียนรู้ช้า 6-12 ปี 2.) แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์เด็ก 3.) แบบประเมินจุดอ่อนและจุดแข็ง **เด็กอายุ 6-15 ปี** หมายถึง เด็กอายุ 6 ปี 1 วัน ถึงอายุ 15 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เรียนในสถานศึกษาทุกสังกัด ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type1: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type3 : ที่อาศัยอยู่ในเขตแต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) **ระยะเวลาดำเนินงานคัดกรองโดยครู** ตุลาคม 2562 - มีนาคม 2563
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	≥ ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	1.เพื่อให้เด็กได้รับการคัดกรอง และดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพจิต 2.เพื่อให้เด็กกลุ่มเสี่ยง ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-15 ปี ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type1 มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType3 ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งประสานและชี้แจงครูประจำชั้นทุกห้องเรียนในโรงเรียนเขตรับผิดชอบ บันทึกข้อมูลการการคัดกรองเด็กนักเรียนในโปรแกรม “ระบบงานเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก”ในเว็บไซด์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี URL : http://www.phoubon.in.th/
แหล่งข้อมูล	โปรแกรม “ระบบงานเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก” เว็บไซด์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูลที่ 1	A= จำนวนเด็กอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต และมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมระบบงานเฝ้าระวังโรคจิตเวชในเด็ก
รายการข้อมูลที่ 2	B= จำนวนประชากรเด็กอายุ 6-15 ปี ทะเบียนมหาดไทย ณ 31 ธค.2561
สูตรคำนวณ	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

ประเมินรอบที่ 1 (ตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563)

ประเมินรอบที่ 2 (เมษายน 2563 – 31 สิงหาคม 2563)

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	≥ร้อยละ65
2 คะแนน	ร้อยละ 66-70
3 คะแนน	ร้อยละ 71-75
4 คะแนน	ร้อยละ 76-80
5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 80

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นางเนาวรัตน์ สืบภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 098-8613744

เอกสารสนับสนุน	1. คู่มือการใช้งาน ระบบงานเฝ้าระวัง เด็กที่มีปัญหาการเรียนรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ ในเด็ก 6-15 ปีจังหวัดอุบลราชธานี :สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2. แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และการเรียนรู้ช้า / แบบประเมินความฉลาดทางอารมณ์ / แบบประเมินจุดอ่อน และจุดแข็ง ของ กรมสุขภาพจิต (ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์) 3. ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์กรมสุขภาพจิต ชุดคู่มือการดูแลเด็กสำหรับครู และชุดคู่มือการดูแลเด็กสำหรับผู้ปกครอง 1.)เด็กสมาธิสั้น 2.)เด็กออทิสติก 3.)เด็กเรียนรู้ช้า 4.) เด็กแอลดี
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824

ตัวชี้วัด (R22)	**ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ใน รพ.สต.**
คำนิยาม	**การพัฒนาระบบการจัดบริการ คลินิกDM HT ใน รพ.สต.** หมายถึง การพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ใน รพ.สต.เพื่อให้เกิดกระบวนการการดูแลป้องกัน และควบคุม ภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรค โดยมีวัตถุประสงค์ลดแออัด ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ภายใต้ 5 กระบวนการ ได้แก่ 1) มีการแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค (แยกสี เขียว, เหลืองและส้ม, แดง) 2) มีการจัดบริการตรวจผู้ป่วย DM HT กลุ่มสีเขียว โดย พยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 3) มีแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ ออกให้บริการอย่างน้อย ทุก 2 เดือน / 1 รพ.สต. 4) มีกรอบยา และมียาสำหรับผู้ป่วย DM HT ตามกรอบที่งานคุ้มครองผู้บริโภคกำหนด 5) มีกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยแยกตามกลุ่มสี
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	รพ.สต.ทุกแห่ง มีการพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ใน รพ.สต. 5 กระบวนการ
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความแออัดการบริการผู้ป่วยโรคเรื้อรังในสถานบริการสุขภาพ เพิ่มคุณภาพการตรวจรักษา การให้คำปรึกษา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต.ทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1.อำเภอประเมินราย รพ.สต. 2. จังหวัด ประเมินภาพรวมอำเภอ และสุ่ม ประเมิน รพ.สต.
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง จากการประเมินตนเองของ รพ.สต. ครั้งที่ 1 เดือน กุมภาพันธ์ 2563 ครั้งที่ 2 เดือน กรกฎาคม 2563

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

เกณฑ์การประเมิน การพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2563

คะแนนประเมิน การพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปีงบประมาณ 2563

คะแนนผลการประเมินการพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ใน รพ.สต.	ค่าคะแนน Ranking
80 - 100	5 คะแนน
70 – 79.99	4 คะแนน
60 – 69.99	3 คะแนน
50 – 59.99	2 คะแนน
< 50	1 คะแนน

สูตรคำนวณตัวชี้วัด

ผลรวมคะแนนการประเมินการจัดบริการคลินิก DM HT ใน รพ.สต.ตามเกณฑ์ × 100

คะแนนรวม (จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด ×8 คะแนน)

เกณฑ์การประเมิน การพัฒนาระบบการจัดบริการคลินิก DM HT ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี งบประมาณ 63

กระบวนการ	กิจกรรม	เกณฑ์	ค่าคะแนน
		คะแนนทั้งหมด	8 คะแนน
1.มีการแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรค (แยกสี เขียว, เหลืองและส้ม, แดง)	จำนวน 1 ข้อ		1 คะแนน
	1.1 มีการแยกกลุ่มผู้ป่วยตามสี เขียว, เหลืองและส้ม	ไม่มี	0
		มี	1
2.มีการจัดบริการตรวจผู้ป่วย DM HT กลุ่มสีเขียว โดย พยาบาลวิชาชีพ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	จำนวน 2 ข้อ		2.5 คะแนน
	2.1 มีการจัดบริการตรวจผู้ป่วย DM HT กลุ่มสีเขียว โดย พยาบาลวิชาชีพ	ไม่มี	0
		มี	1
	2.2 ระยะเวลาในการนัดตรวจกลุ่มผู้ป่วยสีเขียว กรณีที่ตรวจโดยพยาบาล	≥ 2 เดือนขึ้นไป	0.5
		1 เดือน	1
		< 1 เดือน	1.5
3.มีแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ ออกให้บริการอย่างน้อย ทุก 2 เดือน / 1 รพ.สต.	จำนวน 2 ข้อ		2.5 คะแนน
	3.1 มีแพทย์ และทีมสหวิชาชีพ ออกให้บริการ	ไม่มี	0
		มี	1
	3.2 ระยะเวลาในการออกให้บริการใน รพ.สต.	≥ 3 เดือนขึ้นไป	0.5
		2 เดือน	1
		1 เดือน	1.5
4.มีกรอบยา และมียาสำหรับผู้ป่วย DM HT ตามกรอบที่งานคุ้มครองผู้บริโภคกำหนด	จำนวน 1 ข้อ		1 คะแนน
	4.1 มีกรอบยาและมียาสำหรับผู้ป่วย DM HT ตามกรอบที่กำหนด	ไม่มี	0
		มี	1
5.มีกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ (Health literacy) สำหรับผู้ป่วยแยกตามกลุ่มสี	จำนวน 1 ข้อ		1 คะแนน
	5.1 มีกิจกรรมสร้างความตระหนักรู้ แยกตามกลุ่มสี	ไม่มี	0
		มี	1

วิธีการประเมินผล :	1.รพ.สต. ประเมินตนเอง 2 ครั้ง/ปี 2. สุ่มประเมิน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามรอบ Ranking
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	เริ่มดำเนินการ ปีงบประมาณ 2563
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ การแพทย์สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 4526 2692 โทรสาร : 0 4524 1918 โทรศัพท์มือถือ : 081 790 2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com

ตัวชี้วัด (R23)	อัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรคปอดรายใหม่
คำนิยาม	**1. ความสำเร็จการรักษา** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ **1.1 รักษาหาย (Cured)** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษาและต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา **1.2 รักษาครบ (Treatment Completed)** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลวซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษาทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาเป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ **2. การขาดการรักษา** หมายถึง จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ขาดการรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน **3. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือนและไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ 3.1 **ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวกอาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 3.2 **ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B-)** หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบแต่ทาการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอ็กซเรย์รังสีทรวงอกหรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค **4. การคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยง** **กลุ่มเสี่ยง** หมายถึง กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ซึ่งกลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีโอกาสได้รับเชื้อและป่วยเป็นวัณโรคได้ ได้แก่ **4.1กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรค/วัณโรคดื้อยาหลายขนาน** หมายถึง (1) ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งเสมหะพบเชื้อและเสมหะไม่พบเชื้อ (2) ผู้สัมผัสโรคร่วมที่ทำงาน ระยะเวลาติดต่อกัน 8 ชั่วโมง/วัน หรือ 120 ชม./1ด. **4.2 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์**หมายถึง ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ทุกราย ที่มารับบริการในหน่วยบริการ กลุ่มผู้ต้องขัง **4.3 กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ** หมายถึง ผู้ต้องขังที่ได้รับการตัดสินต้องโทษทุกรายในเรือนกลางอุบลราชธานี **4.4 กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข** หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ป่วยทุกระดับ (กรณีที่หน่วยงาน ตรวจสุขภาพช่วง ไตรมาส 4/62 สามารถนำมาบันทึกผลการตรวจ CXR ใน ปี 2563) **4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ ≥ 65 ปีขึ้นไป** หมายถึง (1) ผู้สูงอายุที่มีโรคร่วม โรคเบาหวาน HbA1c <7 (2.) ค่าไต GFR ≥ 30(เป้าหมายไม่ซ้ำกับกลุ่มเสี่ยงDM, NCD) **4.6 กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน** หมายถึง (1) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า HbA1c ≥ 8 (ผลการการตรวจ ปี 2562)(2) ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่า FBS > 140 mg/dL กรณี ไม่ได้ตรวจ HbA1c ปี 2562 **4.7 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง** หมายถึง(1) ผู้ป่วยโรคไต (CKD) Stage 4, Stage 5 หรือค่าการทำงานของไต (GFR) <30 (2) ผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) และโรคหัวใจ ที่กำลังรักษา **4.8 กลุ่มผู้ป่วยต่างด้าว/ไร้สิทธิ์** หมายถึง แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนซื้อบัตร

	ประกันสุขภาพ **5. การขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562– 30 กันยายน 2563) 5.1 **ผู้ป่วยใหม่** (New; N) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP, B+ หรือ B-) 5.2 **ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ** (relapse; R) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและและได้รับการประเมินผลว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยวัณโรคซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็น P หรือ EP, B+ หรือ B-) **6. หน่วยงานที่ดำเนินการ** ประกอบด้วย โรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี **7. ระบบข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค** หมายถึง โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ(โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	1. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (ร้อยละ 85) 2. อัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (≤ร้อยละ 1) 3. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก (ร้อยละ 90) 4. อัตราการครอบคลุมการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ (ร้อยละ 82.5)
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในด้านการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ 2. เพื่อพัฒนามาตรฐานระบบบริการสุขภาพในการตรวจวินิจฉัยป้องกันดูแลรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรคของสถานบริการสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.**การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 2. **การประเมินอัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่** คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม – ธันวาคม2562) ที่เป็นผู้ป่วยไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน 3. **การประเมินการอัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก** กลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้ง 8 กลุ่มเป้าหมาย ที่มีในฐานข้อมูลของหน่วยบริการในอำเภอนั้นๆ โดยใช้ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 4.**การประเมินอัตราความครอบคลุมการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage rate)** คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) ที่เป็นผู้ป่วยไทยผู้ป่วยไม่ใช่ไทยและผู้ป่วยในเรือนจำที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและโรงพยาบาลเอกชน
วิธีจัดเก็บข้อมูล	**การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้** บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านโปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)
แหล่งข้อมูล	1. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

รายการข้อมูลที่ 1 **(ตัวชี้วัดที่ 1)**	**อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม2562)** สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม–ธันวาคม 2562) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563 *<u>หมายเหตุ</u>** ในการประเมินรอบที่ 1 (ผลการรักษาหาย+รักษาครบ+กำลังรักษา) **ในการประเมินรอบที่ 2 (ผลการรักษาหาย+รักษาครบ) B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2562) **เงื่อนไขการคำนวณ** 1.การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค**ไม่นับรวม** ☐1.1 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562) 1.2 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562) 2. กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือพบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3. พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรคคือพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานครเนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลายมีความจำเพาะซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานปูองกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่
รายการข้อมูลที่ 2 **(ตัวชี้วัดที่ 2)**	**อัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม2562)** สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม–ธันวาคม 2562) ที่ขาดการรักษาติดต่อกันนานเกิน 2 เดือน โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563 B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2562) **เงื่อนไขการคำนวณ** 1. การประเมินผลสำเร็จของการรักษาวัณโรค**ไม่นับรวม** 1.1 ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562) 1.2 ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ที่เป็นผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed: B+) ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed: B -) และผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2562)

	2.กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัยหรือพบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค 3.พื้นที่เป้าหมายที่มีการประเมินผลสำเร็จการรักษาวัณโรคคือพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1-12 ยกเว้นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 13 หรือกรุงเทพมหานครเนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีบริบทของหน่วยงานสถานพยาบาลที่มีความหลากหลายมีความจำเพาะซึ่งรับผิดชอบดำเนินการโดยสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมืองและเขตสุขภาพที่ 13 ภายใต้แผนงานวัณโรคและแผนงานปูองกันควบคุมวัณโรคในเขตเมืองใหญ่
รายการข้อมูลที่ 3 **(ตัวชี้วัดที่ 3)**	**อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก** สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองวัณโรคโดยการ CXR B = จำนวนประชากรกลุ่มเสี่ยงของแต่ละกลุ่ม ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2562
รายการข้อมูลที่ 4 **(ตัวชี้วัดที่ 4)**	**อัตราการครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage rate) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563)** สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน
ระยะเวลาประเมินผล	**อัตราการครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage rate) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563)** สูตรคำนวณ = (A/B) x 100 A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2562–30 กันยายน 2563) คิดจากอัตรา 153 ต่อประชากรแสนคน

เกณฑ์การให้คะแนน(Ranking) ปี 2563

1. อัตราความสำเร็จในการรักษา แยกเป็นรายหน่วยบริการ

ตารางที่ 1 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2562) และมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษาวันที่ 30 กันยายน 2563 **(ค่าถ่วงน้ำหนัก 25%)**

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<70	70-74.99	75-79.99	80-84.99	≥85

2.อัตราการขาดการรักษา แยกรายหน่วยบริการ

ตารางที่ 2 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการขาดการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ 1 ของปีงบประมาณ 2563 (เดือนตุลาคม –ธันวาคม 2562) **(ค่าถ่วงน้ำหนัก 25%)**

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
>7	5.01-7.00	3.01-5.00	1.01-3.00	1

3. อัตราการคัดกรองเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ในกลุ่มเสี่ยงโดยวิธีถ่ายภาพรังสีทรวงอก แยกรายหน่วยบริการ

ตารางที่ 3 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงแต่ละกลุ่มและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้ตามนิยาม **(ค่าถ่วงน้ำหนัก 25%)**

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<60	60-69.99	70-79.99	80-89.99	>90

4. อัตราการครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำแยกเป็นรายหน่วยบริการ

ตารางที่ 4 เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการครอบคลุมการรักษาวัณโรคในผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage rate) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ 2563 (1 ตุลาคม 2561-30 กันยายน 2563) **(ค่าถ่วงน้ำหนัก 25%)**

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<35	35-50.99	51-66.99	67-82.49	≥82.5

เอกสารสนับสนุน	1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียน Register หรือแบบฟอร์ม TB08 3. โปรแกรมบริหารจัดการข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคระดับชาติ (โปรแกรม NTIP; National Tuberculosis Information Program)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นางศิวาภรณ์ เงินราง รก.นักวิชาการสาธารณสุข (ด้านบริการทางวิชาการ) เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ 062-9619515 2.นายวิโรจน์ เซมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ 085-3159081 3. นางเจียระไน กิตติพัศคุณากรเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 061-9545416 4. นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-6602936
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางเจียระไน กิตติพัศคุณากร เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 061-9545416 2. นายกฤศวิสุทธิ์ ธีวสุเกิดมงคล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-6602936

ตัวชี้วัด (R24)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคทุกกลุ่มวัย
คำนิยาม	1.ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด (IPV)วัคซีนโปลิโอชนิดหยอด(OPV3) และวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1)ในเด็กอายุครบ 1 ปี 2. ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR2) ในเด็กอายุครบ 3 ปี - -ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอชนิดฉีด(IPV) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนIPV จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน - -ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ (OPV3) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนOPV3 จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน - -ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนMMR1 จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน -ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR2) ในเด็กอายุครบ 3 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีนMMR2 จากเด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	IPV ไม่น้อยกว่าร้อยละ90 OPV3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 MMR1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 MMR2 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมการให้บริการงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค กลุ่มเป้าหมายสำคัญ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มสถานะการอยู่อาศัย type area =1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2562 -ธันวาคม 2562เด็กที่มีอายุครบ 1 ปีได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 - 31 ธันวาคม 2561 - เด็กอายุครบ 3 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มสถานะการอยู่อาศัย type area =1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 3 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 3 ปี เช่น รายงานงวดที่ 1 : ตุลาคม 2562 -ธันวาคม 2562 เด็กที่มีอายุครบ ปีได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 - 31 ธันวาคม 2559
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน IPV, OPV3, MMR1 A =จำนวนเด็กอายุครบ 3ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน MMR2
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม(สถานะการอยู่อาศัย type area = 1,3) B =จำนวนเด็กอายุครบ 3ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน

	จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม(สถานะการอยู่อาศัย type area = 1,3)
รายการข้อมูลที่ 3	- วัคซีนโปลิโอชนิดฉีด รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผลคือรหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคได้แก่ รหัสวัคซีน IPV-P คือ 401 หรือD32 หรือ D42 หรือD52 หรือI12 - วัคซีนโปลิโอ รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผลคือรหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 083 หรือ D33 หรือ D43 หรือ D53 - วัคซีน หัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 1รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผลคือรหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 061 หรือ M11 - วัคซีน หัด คางทูม หัดเยอรมัน เข็มที่ 2รหัสวัคซีนที่ใช้ประมวลผลคือรหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 073หรือ M12
สูตรคำนวณ	(A/B)X100
ระยะเวลาประเมินผล	IPV ประเมินผลรอบ 6 เดือนแรก , OPV3,MMR1 และ MMR2 ประเมินผลรอบ 12 เดือน
ระดับของข้อมูลรายงาน	ความครอบคลุมประเมินเป็นรายพื้นที่(ตำบล/อำเภอ)

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

1. **เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน IPV** (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)

<u>รอบที่</u> 1 (ตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563)

<u>รอบที่</u> 2 (เมษายน 2562 – 31 สิงหาคม 2563)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 70 - 74	ร้อยละ 75 - 79	ร้อยละ 80 - 84	ร้อยละ 85 - 89	ร้อยละ 90 - 100

2. เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน OPV3 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90)

<u>รอบที่</u> 1 (ตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563)

<u>รอบที่</u> 2 (เมษายน 2562 – 31 สิงหาคม 2563)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 70 - 74	ร้อยละ 75 - 79	ร้อยละ 80 - 84	ร้อยละ 85 - 89	ร้อยละ 90 - 100

3. เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR1 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95)

<u>รอบที่</u> 1 (ตุลาคม 2562 –มีนาคม 2563)

<u>รอบที่</u> 2 (เมษายน 2562 – 31 สิงหาคม 2563)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 75 - 79	ร้อยละ 80 - 84	ร้อยละ 85 - 89	ร้อยละ90 - 94	ร้อยละ 95 - 100

4. เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR2 (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95)

<u>รอบที่</u> 1 (ตุลาคม 2562 – มีนาคม 2563)

<u>รอบที่</u> 2 (เมษายน 2562 – 31 สิงหาคม 2563)

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 75 - 79	ร้อยละ 80 - 84	ร้อยละ 85 - 89	ร้อยละ 90 - 94	ร้อยละ 95 - 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นางศิวาภรณ์ เงินราง นักวิชาการสาธารณสุข(ด้านบริการทางวิชาการ) เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 062 - 9619515 2.ดร.วิโรจน์ เซมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 085-3159081 3. นางสาวผ่องนภาพันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวผ่องนภา พันธ์พิพัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 097-3420667

ตัวชี้วัด (R25)	**ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก**
คำนิยาม	(1) ร้อยละอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (2) ร้อยละของค่าดัชนีความชุกชุมลูกน้ำยุงลาย (HI) ในหมู่บ้าน/ชุมชน อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (ค่า HI เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 5 ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 ของ จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งหมด) / ร้อยละของค่าดัชนีความชุกชุมลูกน้ำยุงลาย(CI) ในวัด โรงเรียนฯลฯ อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (ค่า CI เท่ากับ 0 ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวน วัด โรงเรียน ฯลฯ (3) ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน ที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน2 รุ่น (28 วัน) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85 **อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง** หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลงเมื่อเปรียบเทียบ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตามปีปฏิทิน ลดลงร้อยละ 20 **1. โรคไข้เลือดออก** หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Denque Fever(DF) , Denque Hemorrhagic Fever(DHF) และ Denque Shock Syndrome(DSS) **2. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน** หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วย DF , DHF และ DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 1 เดือนคูณ 100,000 หารจำนวนประชากรกลางปีเดียวกัน **3 อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก** หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วย DF ,DHF และ DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ตามปีปฏิทิน คูณ 100,000 หาร จำนวนประชากรกลางปีเดียวกัน **4. House Index(ค่า HI)** หมายถึง ร้อยละของจำนวนบ้านที่ที่มีน้ำขัง และสำรวจพบลูกน้ำยุงลายกล่าวคือ ค่าของการสำรวจหาลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขัง และพบลูกน้ำยุงลายในบ้านหลังนั้นๆ โดยวิธีใดก็ตาม ต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน **<u>วิธีการสุ่มสำรวจหาค่า HI</u>** การสุ่มลูกน้ำยุงลาย จังหวัดสุ่มสำรวจ ร้อยละ 2 ของจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งหมดอำเภอ/ตำบล สุ่มสำรวจทุกหมู่บ้าน/ชุมชน และในระดับหมู่บ้าน

	สำรวจทุกหลังคาเรือน สำหรับการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในหมู่บ้าน/ชุมชน ต้องสุ่มสำรวจ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30 ของจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด หากมีจำนวนหลังคาเรือนต่ำกว่า 70 หลังคาเรือน สำรวจ ร้อยละ 50ของจำนวนหลังคาเรือน **5. Container Index (ค่า CI) หมายถึง** ร้อยละของจำนวนภาชนะที่มีน้ำขัง และสำรวจพบลูกน้ำยุงลายกล่าวคือ ค่าของการสำรวจหาลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขัง และพบลูกน้ำยุงลาย ในภาชนะนั้นๆ โดยวิธีใดก็ตาม ต่อบ้าน 100 ภาชนะ **<u>วิธีการสุ่มสำรวจหาค่า CI</u> การสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในภาชนะที่มีน้ำขัง ในวัด โรงเรียน ฯลฯ ต้องสำรวจทั้งหมด ร้อยละ 100** - เกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง สิ่งที่ช่วยในการตัดสินตามหลักที่กำหนดไว้เพื่อใช้วินิจฉัยแลปฏิบัติตาม ในที่นี้ คือ เกณฑ์ได้ถูกกำหนดโดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข - ลูกน้ำยุงลาย หมายถึง วงจรชีวิตของยุงลาย ระยะที่เป็นตัวอ่อน และตัวโม่ง - การสำรวจลูกน้ำยุงลาย หมายถึง การตรวจ ติดตาม การเกิดลูกน้ำยุงลายในแหล่งต่างๆ - การสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย หมายถึง การเลือกสำรวจแหล่งที่พบลูกน้ำ เพื่อเป็นตัวแทนทั้งหมดโดยไม่เฉพาะเจาะจง **5หมู่บ้าน/ชุมชนที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ หมายถึง** 1. หมู่บ้านที่มีรายงานผู้ป่วยติดต่อกัน ไม่เกิน 2 รุ่นการระบาด (2 generation = 28 วัน นับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายแรกถึงผู้ป่วยรายสุดท้าย)หรือ. หมู่บ้านที่ไม่มีรายงานผู้ป่วย **<u>หมายเหตุ</u>** 1.ผู้ป่วยไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย DF, DHF และ DSS ที่มีวันเริ่มป่วยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563 2. หมู่บ้าน/ชุมชนที่อาณาเขตติดต่อกัน ให้นับเป็นพื้นที่เดียวกัน **<u>เงื่อนไขความสำเร็จ</u>** 1.อำเภอมีการพยากรณ์โรคล่วงหน้าพร้อมมาตรการเตรียมรับมือการระบาดในปี 2563 2.มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรครายเดือนทั้งระดับอำเภอตำบล อำเภอตามหลักระบาดวิทยาจัดทำ Epidemic curveและ Spot mapรายหมู่บ้าน 3.มีรายงานสอบสวนผู้ป่วยรายแรกของพื้นที่ และทำ Active case finding ย้อนหลัง 28 วันทุกเหตุการณ์ สอบสวนผู้ป่วยเสียชีวิตทุกรายสอบสวนการระบาดเป็นกลุ่มก้อนพร้อมสุ่มเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 4.จัดเตรียมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ทั้งระดับอำเภอ ตำบลให้พร้อมทั้งเครื่องพ่นเคมี วัสดุ เคมีภัณฑ์น้ำมัน ทีม และงบประมาณดำเนินงาน 5.มีการใช้มาตรการ3-3-1 เพื่อรายงานโรคและมีการพ่นสารเคมีกำจัดยุงพาหะและกำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชนเมื่อเกิดโรค ในวันที่ 0, 3, 7, 14, 21 และทุก 7 วันจนการระบาดสิ้นสุด (ไม่พบผู้ป่วยต่อเนื่องเกิน 28 วัน) 6.ค่า HI และ CI เท่ากับ 0 หลังการควบคุมโรคทุกสัปดาห์ 7.ใช้มาตรการ 5 ป. 2 ข. ในการป้องกันควบคุมโรค 8.มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกันระหว่างภาคเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กชุมชน ประชาชน และหน่วยงานสาธารณสุข 9. มีการจัดเปิดEOC ระดับอำเภอเพื่อควบคุมโรค เมื่อมีการระบาดในตำบลมากกว่าร้อยละ 25

เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	(1)ร้อยละอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (*ร้อยละ 20)* (2) ร้อยละของค่าดัชนีความชุกชุมลูกน้ำยุงลาย (HI) ในหมู่บ้าน/ชุมชน อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (ค่า HI เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 5 ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 ของ จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งหมด) / ร้อยละของค่าดัชนีความชุกชุมลูกน้ำยุงลาย(CI) ในวัด โรงเรียนฯลฯ อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด (ค่า CI เท่ากับ 0 ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 ของจำนวน วัด โรงเรียนฯลฯ - *HI≤ร้อยละ 5 _ ≥ร้อยละ 80 & CI=0 _ ≥ร้อยละ80* (3) ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน ที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน2 รุ่น (28 วัน) (*ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 85*)
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินเป้าประสงค์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรตามฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร์ รายอำเภอ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	- จัดทำฐานข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายเดือนและรายปี เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี - เก็บข้อมูลจากรายงาน 506 จากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
แหล่งข้อมูล	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออก 2. รายงาน 506 3. รายงานการสอบสวนโรค 4. รายงานการสุ่มสำรวจลูกน้ำ (DHF1, DHF3) 5.จากการวิเคราะห์ข้อมูลของ สนง.สสจ.อบ.
รายการข้อมูลที่ 1	- A = อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปีปัจจุบัน - ค่า HI : *A1 = จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ &ค่า CI : *A1 = จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ - A = หมู่บ้าน/ชุมชนที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้
รายการข้อมูลที่ 2	- B = ค่ามัธยฐานอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ย้อนหลัง 5 ปี - ค่า HI *A2 =จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด&ค่า CI :*B2 = จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด - B = หมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งหมดในอำเภอ
สูตรคำนวณ	- ร้อยละของอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน คือ A/B) x 100 หาร B - (A1/B1) x 100 & (A2/B2) x 100 - ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชนที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้คือ (A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน และรอบที่ 1 ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563 รอบที่ 2 ข้อมูล วันที่ 1 เมษายน – 31 สิงหาคม 2563

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

รายการ	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
1. ร้อยละของอัตราป่วยฯลดลง	<ร้อยละ 5	ร้อยละ 5-9	ร้อยละ 10-14	ร้อยละ 15-19	≥ร้อยละ 20
2.ร้อยละของค่าดัชนีลูกน้ำฯ ไม่เกินเกณฑ์>ร้อยละ 80	<ร้อยละ 65	ร้อยละ 65-69	ร้อยละ 70-74	ร้อยละ 75-79	>ร้อยละ 80
3.ร้อยละของหมู่บ้านพบผู้ป่วยเกิน 2gen	<ร้อยละ 70	ร้อยละ 70 - 75	ร้อยละ 76 - 80	ร้อยละ 81 - 85	>ร้อยละ88

<u>หัวข้อที่</u> 3 เมื่อได้คะแนนตามเกณฑ์แล้ว จะลบด้วยคะแนนรวม Outbreak ที่เกิน 28 วัน
เป็น คะแนนสุทธิ โดยคำนวณ ดังนี้

1. ถ้าระบาด Gen3 หัก 0.1 คะแนน x จำนวน cluster
2. ถ้าระบาด Gen4 หัก 0.2 คะแนน x จำนวน cluster
3. ถ้าระบาด Gen5 หัก 0.3 คะแนน x จำนวน cluster
4. ถ้าระบาด Gen6 หัก 0.4 คะแนน x จำนวน cluster
5. ถ้าระบาด Gen7 หัก 0.5 คะแนน x จำนวน cluster
6. ถ้าระบาด Gen8 หัก 0.6 คะแนน x จำนวน cluster

รวมคะแนนได้จาก 3 หัวข้อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
<5 คะแนน	>7.5คะแนน	>10คะแนน	>12.5คะแนน	15คะแนน

เอกสารสนับสนุน	1.Epidermic curve รายหมู่บ้าน 2.ค่า HI / CI รายหมู่บ้าน และรายงาน DHF1, DHF3 3.สรุปผลการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงรายหมู่บ้าน จาก สสจ.อบ.
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นางศิวาภรณ์ เงินราง รก.นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 062 961 9515 2.นายวิโรจน์ เซมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 085 315 9081 3. นายวรเทพ บุรัสการจพ.สาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-2826342
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายวรเทพ บุรัสการ จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-2826342

ตัวชี้วัด (R26)	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานระบาดวิทยา
คำนิยาม	**การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา** 1.คุณภาพของการส่งรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) 1.1. จำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์ จำแนกตามสัปดาห์ที่มารับรักษา ปีงบประมาณ 2562 (วันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563) 1.2. ความสม่ำเสมอในการส่งรายงานผู้ป่วยในระบบเฝ้าระวัง (รง.506) จากศูนย์ระบาดอำเภอถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดให้ส่งอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (วันจันทร์ วันพุธ และ วันศุกร์) 1.3. ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงาน กำหนดให้ - โรงพยาบาลศูนย์ส่งรายงานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 50 ราย - โรงพยาบาลทั่วไปส่งรายงานสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 30 ราย - โรงพยาบาลชุมชนส่งรายงานสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า5 ราย - โรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพตำบลส่งรายงานสัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวนผู้ป่วยที่รายงานในแต่ละสัปดาห์ไม่ต่ำกว่า 3 ราย(สามารถรายงานเป็น ZERO REPORT ได้ติดกันไม่เกิน 2 สัปดาห์) **<u>เงื่อนไขความสำเร็จ</u>** 1. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอรวบรวมข้อมูลและส่งตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรครายเดือนทั้งระดับอำเภอตำบล อำเภอตามหลักระบาดวิทยาจัดทำ Epidemic curveและ Spot mapรายหมู่บ้าน เสนอผู้บริหารทุกเดือน
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อและสร้างระบบให้มีความยั่งยืน มีคุณภาพ สามารถตอบโต้สถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลหมู่บ้านและชุมชนตามทะเบียนราษฎร์ จำแนกรายอำเภอ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากรายงาน 506 จากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
แหล่งข้อมูล	1.ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออกจากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 2.รายงาน 506 จากศูนย์ระบาดอำเภอ 3.หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ความสม่ำเสมอในการส่งรายงาน	ร้อยละของความสม่ำเสมอการส่ง รง. 506 มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี = <u>จำนวนสัปดาห์ที่ส่งทั้งหมด</u> * 100 จำนวนสัปดาห์ในรอบเดือน <u>หมายเหตุ</u> : กรณีที่ค่าเฉลี่ยจำนวนครั้งรายสัปดาห์มากกว่า 1
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงาน	ร้อยละของความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงาน รง. 506 มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี (คิดเป็นรายอำเภอ) = <u>จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ+โรงพยาบาลในอำเภอ</u> * 100 จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทั้งหมด (ในอำเภอ)
สูตรคำนวณตัวชี้วัดจำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์	<u>(จำนวนสัปดาห์ทั้งหมดที่ตรวจสอบ * จำนวนโรงพยาบาล)–จำนวนสัปดาห์ที่พบรายงานต่ำกว่าเกณฑ์* 100</u> จำนวนสัปดาห์ทั้งหมดที่ตรวจสอบ * จำนวนโรงพยาบาล

ระยะเวลาประเมินผล	คะแนน Ranking ปี 2563 **<u>รอบที่</u> 1** ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2562 – 31 มีนาคม 2563 **<u>รอบที่</u> 2** ข้อมูลวันที่ 1 เมษายน – 30 กันยายน 2563

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

1. ร้อยละของผลการประเมินมาตรฐานระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ร้อยละ 51-60	ร้อยละ 61 - 70	ร้อยละ 71 - 80	ร้อยละ 81 - 90	ร้อยละ 91-100

<u>หมายเหตุ</u> : คะแนนได้มาจาก
ความสม่ำเสมอในการส่งรายงาน+ความครอบคลุมของหน่วยงานที่ส่งรายงาน + จำนวนผู้ป่วยรายสัปดาห์

เอกสารสนับสนุน	ตารางสรุปผลการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อ (E8)
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ผลการประเมินมาตรฐานระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อ	ร้อยละ	70.02	72.44	75

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นางศิวาภรณ์ เงินราง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 062-9619515 2.นายวิโรจน์ เซมรัมย์ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-8ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 085-3159081 3. ร.อ.หญิงนาฏวดี ประดิษฐกุลนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบาดวิทยากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-8ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 091-0188972
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ร.อ.หญิงนาฏวดี ประดิษฐกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-8ต่อ 3110-1 โทรศัพท์มือถือ : 091-0188972

ตัวชี้วัด (R27)	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
คำนิยาม	**1. การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ** หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อโดยการประเมินตนเองและระดับจังหวัด **2. อำเภอ** หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัดมีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเองครอบครัวและชุมชนร่วมกันโดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้านตำบลอำเภอเป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่ จำนวน 25อำเภอ
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ระดับความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 70)
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ”พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง) เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่พ.ศ.2561
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน 25 อำเภอ จังหวัดอุบลราชธานี
วิธีจัดเก็บข้อมูล	การรายงาน (ผลการประเมิน UCCARE, รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานรายเดือน)
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ทั้ง 25 อำเภอ
รายการข้อมูลที่ 1	A =จำนวนอำเภอที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนอำเภอ 25 อำเภอ
สูตรคำนวณ	(A/B) × 100
ระยะเวลาประเมินผล	1.ประเมินผลการขับเคลื่อนงานทุก 6 เดือน (รอบ 6 เดือน / รอบ 12 เดือน) 2. ประเมิน UCCARE 2 ครั้ง ในไตรมาสที่ 1 (เดือน ธ.ค.) และไตรมาสที่ 3 (เดือน ก.ค.)
เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking)	

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	1.มีการประชุมคณะกรรมการ พชอ. เพื่อทบทวนคณะกรรมการประจำปี และทบทวน / คัดเลือกประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตไม่น้อยกว่า 2 ประเด็นและประเด็นพัฒนาการเด็กอีก 1 ประเด็น) 2.มีแผนงาน / โครงการเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาประเด็นที่สำคัญตามบริบทในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต 3.มีคณะทำงานจากทุกภาคส่วนเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนา / แก้ไขปัญหาอย่างบูรณาการทรัพยากรร่วมกันของทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนาเป็นรายประเด็น
2 คะแนน	1. การประชุมคณะกรรมการ พชอ.ไม่น้อยกว่า 2 เดือนต่อครั้ง 2. มีผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ UCCARE (ก่อนดำเนินการ)
3 คะแนน	มีการส่งรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานตามแบบฟอร์มรายงานที่ สสจ. ครบตามกำหนดทุกวันที่ 20 ของเดือน

	4 คะแนน	1. มีการประเมินตนเองรายประเด็นตามองค์ประกอบ UCCARE (หลังดำเนินการ) ตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปทุกข้อหรือยกระดับขึ้นหนึ่งระดับจากเดิม ทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและมีผลลัพธ์การดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม อย่างน้อย 2 ประเด็น 2. มีการเยี่ยมเสริมพลังในระดับอำเภอหรือจังหวัด
	5 คะแนน	มีการสรุปผลการดำเนินงานตามประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่กำหนดไว้ครบทุกประเด็น

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
จำนวน 25 อำเภอ	อำเภอ	-	25	25

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ อุตมัง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 – 4526 - 2692 โทรศัพท์มือถือ :08 – 9844 - 9962 โทรสาร : 0 – 4524 - 1918 E-mail : tunsupa48@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวโสมนัสสา โสคำภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 – 4526 - 2692 โทรศัพท์มือถือ : 08 – 6869 - 9825 โทรสาร : 0 – 4524 - 1918 E-mail : sommanatsa@hotmail.com

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ร้อยละ70 ของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิต

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาระดับพื้นที่อย่างน้อย 2 เรื่อง(และประเด็นพัฒนาการเด็กซึ่งเป็นประเด็นเน้นหนักเขตสุขภาพที่ 10)โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทของพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

1. ตามองค์ประกอบ UCCARE ดังนี้

1.1.การทำงานเป็นทีม (Unity Team)

1.2. การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus)

1.3. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community participation)

1.4. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation)

1.5. การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development)

1.6. การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential care)

2. แนวทางการพัฒนา DHS – PCA

1	มีแนวทางที่ชัดเจนและ/หรือเริ่มดำเนินการ *(**แนวทาง**ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไรและตัววัดเป้าหมายวิธีการติดตามเป็นอย่างไร)*
2	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้นแต่ยังไม่ครอบคลุม
3	ดำเนินการอย่างเป็นระบบและ/หรือมีการทบทวนประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือมีการดำเนินการครอบคลุม*(**ระบบ**หมายถึงสามารถท้าซ้ำได้มีขั้นตอนชัดเจน)* *(**การดำเนินการ**ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไรและคนที่ทำทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)*
4	มีการทบทวนประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น *(**การเรียนรู้**ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไรและมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)*
5	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กรเริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร*(**การบูรณาการ**ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ความสอดคล้องของเป้าแผนปฏิบัติวัดปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้องและความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)*

ตัวชี้วัด (R28)	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่เปิดดำเนินการในพื้นที่
คำนิยาม	**หน่วยบริการ** หมายความว่า (1) สถานพยาบาลที่ดำเนินการโดยกระทรวงทบวงกรมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรัฐวิสาหกิจสถาบันการศึกษาของรัฐหน่วยงานอื่นของรัฐและสภากาชาดไทย (2) สถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล (3) หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (4) หน่วยบริการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด **หน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายความว่า หน่วยบริการที่ได้ขึ้นทะเบียนเพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติ **เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ** หมายความว่า หน่วยบริการที่รวมตัวกันและขึ้นทะเบียนเป็นเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ (ประเภทที่ 1) เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติเพื่อให้การดูประชาชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบร่วมกันตามหลักเวชศาสตร์ครอบครัวโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิรวมทั้งสร้างเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเอง **ขอบเขตบริการสุขภาพปฐมภูมิ** (1) การดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวมตั้งแต่แรกต่อเนื่องและผสมผสาน (2) การบริการด้านข้อมูลสุขภาพและการให้คำปรึกษาแก่ประชาชน (3) การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในระดับบุคคลและครอบครัวโดยการให้บริการการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมโรคการป้องกันโรคการตรวจวินิจฉัยโรคการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพเชิงรับและเชิงรุกในพื้นที่ (4) การส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพและมีความรู้ในการจัดการสุขภาพของตนเองและครอบครัว (5) การส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพรวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคในระดับชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิต้องผ่านเกณฑ์ 3 S ประกอบด้วย Staff - แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คนรับผิดชอบประชากรเต็มเวลาโดยควรมีเวลาปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อให้บริการสุขภาพปฐมภูมิไม่น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์ - พยาบาลวิชาชีพ 2 คนเป็นอย่างน้อย - นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 2 คนเป็นอย่างน้อย System - มีพื้นที่รับผิดชอบดูแลประชาชนประมาณ 10,000 คน +/- 2,000 คนขึ้นกับบริบทของพื้นที่ - มีรูปแบบการจัดบริการด้วยหลักเวชศาสตร์ครอบครัว - มีระบบให้คำปรึกษาเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงได้สะดวกโดยใช้เทคโนโลยี - ระบบดูแลส่งต่อเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือหน่วยบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า - การจัดบริการส่งเสริมป้องกันควบคุมโรคในชุมชน - ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่ายในการจัดบริการ - ข้อมูลสถานะสุขภาพกลุ่มวัย/รายครอบครัว/รายบุคคล Structure - มีอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิตามความเหมาะสมกับจำนวนผู้รับบริการ - สถานที่ตั้งหน่วยบริการอยู่ในพื้นที่ที่สะดวกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพปฐมภูมิของผู้รับบริการในเขตพื้นที่ของหน่วยบริการนั้น

เกณฑ์ค่าเป้าหมายปี2563	ร้อยละ 25 (45 หน่วย) (เป้าหมายสะสม) ดำเนินการในปี 62 จำนวน 35 หน่วย (19.44%)
วัตถุประสงค์	-เพื่อให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการทุกที่ทั้งในหน่วยบริการและในชุมชนโดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ -เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพแข็งแรงสามารถดูแลตนเองและครอบครัวเบื้องต้นเมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ./รพท./รพช/รพ.สต. ในจังหวัด
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ระบบลงทะเบียน
แหล่งข้อมูล	สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิที่รพศ./รพท/รพช./รพ.สต.ดำเนินการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิเป้าหมาย (185 หน่วย) หรือแผนการจัดตั้งหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ (กำลังดำเนินการจัดทำแผนการจัดตั้งเพื่อสอดคล้องกับ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562)
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การให้คะแนน(Ranking) ปี 2563

ค่าคะแนน	เกณฑ์การประเมินผล
1 คะแนน	- รับทราบนโยบาย
2 คะแนน	- มีการทบทวนแผนการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ระยะ 10 ปี
3 คะแนน	-มีการบริหารอัตรากำลังครบตามเกณฑ์ เพื่อเปิดดำเนินการตามแผนจัดตั้ง ปี 2563
4 คะแนน	-มีการขึ้นทะเบียนจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อย่างมีคุณภาพ (ครบตามเกณฑ์ 3 S) ตามแผนการจัดตั้ง ปี 2563 ร้อยละ 100
5 คะแนน	-มีการขึ้นทะเบียนผู้รับบริการ (Family Register) และดำเนินการตามแนวทางเวชศาสตร์ครอบครัวโดยคณะผู้ให้บริการในหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ครอบคลุมประชาชนในพื้นที่ร้อยละ 40 ขึ้นไป

เอกสารสนับสนุน	คู่มือแนวทางการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายบริการปฐมภูมิตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 สำหรับสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
จำนวนทีมที่เปิดดำเนินการตาม 3S	ทีม	เปิดดำเนินการได้ 8 หน่วย คิดเป็น 4.32%	เปิดดำเนินการได้ 18 หน่วย คิดเป็น 9.73 %	เปิดดำเนินการได้ เขตสุขภาพ จำนวน 35 หน่วย คิดเป็น 18.92 %

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นางสุภาภรณ์ อุตมัง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ 089-8449962 E-mail: tunsupa48@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายพิบูลย์ พิมพ์จำปา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ 090-6182065 E-mail: pimjampa.n@hotmail.com

ตัวชี้วัด (R29)	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม.หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
คำนิยาม	**ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย** หมายถึง ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาส ที่มีภาวะพึ่งพิง **อสม. หมอประจำบ้าน** หมายถึง ประธาน อสม. ระดับหมู่บ้าน/ชุมชน หรือ อสม. ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้รับการคัดเลือกและพัฒนาศักยภาพตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด **อสม. มีศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน** หมายถึง อสม. ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพคนในชุมชนให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี **คุณภาพชีวิตที่ดี** หมายถึง ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ อสม. หมอประจำบ้าน ดูแลสุขภาพคนในชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี 2. เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. หมอประจำบ้าน 2. ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน(เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อ ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย 3 คน) จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเป้าหมาย 77,077 ราย (เฉลี่ย อสม. 1 คน ต่อผู้ป่วยกลุ่มหมาย 3 คน) อสม.ทั้งหมด 34,681 คน
วิธีจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บจากฐานข้อมูล อสม. ซึ่งมีการลงทะเบียน 2 ช่องทาง ดังนี้ 1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบพื้นที่ รพ.สต./รพช./รพท./หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลผลการดำเนินงานมาบันทึกลงในเว็บไซต์ฐานข้อมูล www.thaiphc.net 2. อสม. รายงานผลผ่าน Application “SMART อสม.” ด้วยตนเอง
แหล่งข้อมูล	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูลที่ 1	A=จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี
รายการข้อมูลที่ 2	B=จำนวนผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย77,077 ราย (จังหวัดจะแจงเป้าหมายรายอำเภอให้)
สูตรคำนวณ	ร้อยละของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจาก อสม. หมอประจำบ้าน มีคุณภาพชีวิตที่ดี= $\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การให้คะแนน(Ranking) ปี 2563	
คะแนน	**เกณฑ์การประเมิน**
1 คะแนน	ผลงาน อสม.ดูแลกลุ่มเป้าหมาย น้อยกว่าร้อยละ 65
2 คะแนน	ผลงาน อสม.ดูแลกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 65-69
3 คะแนน	ผลงาน อสม.ดูแลกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 70-74
4 คะแนน	ผลงาน อสม.ดูแลกลุ่มเป้าหมาย ร้อยละ 75-79
5 คะแนน	ผลงาน อสม.ดูแลกลุ่มเป้าหมาย มากกว่าร้อยละ 80

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	ดร.วิชิต พุ่มจันทร์ หัวหน้างานสาธารณสุขมูลฐาน ฯ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ 086-4686514 อีเมลล์ theppum3@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ดร.วิชิต พุ่มจันทร์ หัวหน้างานสาธารณสุขมูลฐาน ฯ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ 086-4686514 อีเมลล์ theppum3@gmail.com

ตัวชี้วัด (R30)	**ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่มีการบริบาลฟื้นฟูสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (Intermediate care)**
คำนิยาม	ร้อยละของโรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) การบริบาลฟื้นสภาพผู้ป่วยระยะกลางที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤติ และมีอาการคงที่ แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วนอยู่ และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน จำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหวิชาชีพ (multidisciplinary approach) อย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน ตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน เพื่อเพิ่มสมรรถนะร่างกายจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและลดความพิการหรือภาวะทุพพลภาพ รวมทั้งกลับสู่สังคมได้อย่างเต็มศักยภาพโดยมีการให้บริการผู้ป่วยระยะกลางใน รพ.ทุกระดับ (A, S: เป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย M, F: โรงพยาบาลลูกข่ายและให้บริการ intermediate bed/ward)

คำย่อ	คำเต็ม	คำอธิบาย
BI	Barthel ADL index	แบบประเมินสมรรถนะความสามารถทำกิจวัตรประจำวันบาร์เทลที่มีคะแนนเต็มเท่ากับ 20
IMC	Intermediate care	การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลาง
IPD	In-patient department	หอผู้ป่วยในที่รับผู้ป่วยเข้านอนในโรงพยาบาลเพื่อการบำบัดรักษา
Stroke	Cerebrovascular accident	การวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมองได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ I60-I64
TBI	traumatic brain injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บสมองที่เกิดจากภยันตรายได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S061 – S069

	SCI	spinal cord injury	การวินิจฉัยบาดเจ็บไขสันหลังจากภยันตราย (traumatic) ได้แก่ ICD10 ต่อไปนี้ S14.0 – S14.1 S24.0 – S24.1 S34.0 – S34.1 S34.3
		Multiple Impairment	ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องตั้งแต่ 2 ระบบขึ้นไปได้แก่ swallowing problem, communication problem, mobility problem, cognitive and perception problem, bowel and bladder problem
	A	โรงพยาบาลศูนย์	
	S	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่	
	M1	โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก	
	M2	โรงพยาบาลชุมชนเพื่อรับส่งต่อผู้ป่วย	รพช. ขนาด 120 เตียงขึ้นไป
	F1	โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่	รพช. ขนาด 60-120 เตียง
	F2	โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง	รพช. ขนาด 30-90 เตียง
	F3	โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก	รพช. ขนาด 10 เตียง

เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วย Stroke, traumatic brain injury และ spinal cord injury ไปจนครบระยะเวลา 6 เดือน 2. สร้างเครือข่ายบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ 3. เพิ่มคุณภาพชีวิตป้องกันและลดความพิการของผู้ป่วย 4. เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและญาติพร้อมเชื่อมโยงแผนการดูแลต่อเนื่องสู่ที่บ้านและชุมชน 5. ลดความแออัดรพศ. รพท. / เพิ่มอัตราครองเตียงรพช.
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัด
วิธีจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทีมนิเทศและตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขและกรมการแพทย์
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลระดับ A S M1 M2 F1 F2 F3 ภายในจังหวัดที่เริ่มให้การรักษาและรับส่งต่อผู้ป่วย
รายการข้อมูล	ตัวชี้วัดหลักร้อยละของโรงพยาบาลพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ให้การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward)(ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) (ความครอบคลุมในการให้บริบาลฟื้นสภาพระยะกลางของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัด) A = โรงพยาบาลระดับ M และ F ในจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์ให้บริการการดูแลระยะกลางแบบผู้ป่วยใน (intermediate bed/ward) ตามภาคผนวก 1 และ 2 ภาคผนวก 1 เกณฑ์การบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางแบบ IPD (IPD-IMC protocol) สำหรับโรงพยาบาลระดับ M และ F ภาคผนวก 2 IPD care protocol ที่ประกอบด้วย 1) Problem list & plan, 2) Standing doctor order sheet, 3) Team meeting report และ 4) Activities protocol (short stay) B = โรงพยาบาลระดับ M และ F ทั้งหมดในจังหวัด

	หมายเหตุ * โรงพยาบาลระดับ A และ S ควรมีบทบาทเป็นผู้คัดกรองส่งต่อและติดตามข้อมูลผู้ป่วย รวมทั้งการสนับสนุนทางด้านวิชาการและการรับปรึกษา * การให้บริการ intermediate ward ได้ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขขึ้นกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ในแต่ละจังหวัดและเขตสุขภาพ ตัวชี้วัดรองเป้าหมายผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15 รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 (ตัวชี้วัดระดับจังหวัด) A = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury ภายในจังหวัดที่รอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15ได้รับการบริบาลฟื้นสภาพระยะกลางและติดตามจนครบ 6 เดือนหรือจน Barthel index = 20 B = ผู้ป่วย Stroke, Traumatic Brain Injury และ Spinal Cord Injury รายใหม่หรือกลับเป็นซ้ำทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายในจังหวัดรอดชีวิตและมีคะแนน Barthel index <15รวมทั้งคะแนน Barthel index >15 with multiple impairment
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4
วิธีการประเมินผล	สสจ. จัดเก็บข้อมูลตามแบบรายงาน

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563	**ค่าคะแนน**	**เกณฑ์การประเมินผล**
	1 คะแนน	มีทีมงานในการให้บริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (มีคำสั่งคณะกรรมการ,มีแผนดำเนินการ)
	2 คะแนน	มีเตียง/หอผู้ป่วยในการให้บริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง
	3 คะแนน	มีระบบ/วิธีปฏิบัติในการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (มี CPG เอกสารหลักฐาน, กระบวนการดำเนินการ)
	4 คะแนน	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง (มีผลการดำเนินงานที่เห็นเป็นรูปธรรม)
	5 คะแนน	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการบริบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง ติดตามจนครบ 6 เดือน หรือจน Barthel index = 20 บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

เอกสารสนับสนุน	- รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการศึกษาการจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ - รายงานสรุปโครงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Sub acute Rehabilitation) - แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ. 2559
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ตัวชี้วัดหลัก	ร้อยละ	--	เริ่มมีการดำเนินการครั้งแรก	100.00
ตัวชี้วัดรอง	ร้อยละ	--		76.27

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสุภาภรณ์ อุตมัง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045262962 โทรศัพท์มือถือ : 0898449962

	E-mail: tunsupa48@hotmail.com 2. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 093 690 9991 E-mail: Chinoros131149@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์: 045262962-8 ต่อ2100,2323 โทรสาร 045241918
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสุภาภรณ์ อุตมัง ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045262962 โทรศัพท์มือถือ : 0898449962 E-mail: tunsupa48@hotmail.com 2. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 093 690 9991 E-mail: Chinoros131149@gmail.com

ตัวชี้วัด (R31)	**อัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง ชนิด community-acquired**
คำนิยาม	**1.ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง** หมายถึง ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะ severe sepsis หรือ septic shock **1.1ผู้ป่วย severe sepsis** หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่เกิดภาวะ tissue hypo perfusionหรือ organ dysfunction (ตารางที่ 2) โดยที่อาจจะมีหรือไม่มีภาวะ hypotension ก็ได้ **1.2ผู้ป่วย septic shock** หมายถึง ผู้ป่วยที่สงสัยหรือยืนยันว่ามีการติดเชื้อในร่างกายร่วมกับมี SIRS ตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป (ตารางที่ 1) ที่มี hypotension ต้องใช้ vasopressors ในการ maintain MAP ≥65 mm Hg และมีค่า serum lactate level >2 mmol/L (18 mg/dL) แม้ว่าจะได้สารน้ำเพียงพอแล้วก็ตาม **2.Community-acquired sepsis** หมายถึง การติดเชื้อมาจากที่บ้านหรือที่ชุมชนโดยต้องไม่อยู่ในกลุ่ม hospital-acquired sepsis อัตราตายจากติดเชื้อในกระแสเลือดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม 1. อัตราตายจากcommunity-acquired sepsis 2. อัตราตายจาก hospital-acquired sepsis **3. กลุ่มเป้าหมายในปีงบประมาณ 2563**จะมุ่งเน้นที่กลุ่มcommunity – acquired sepsis เพื่อพัฒนาให้มีระบบข้อมูลพื้นฐานให้เหมือนกันทั้งประเทศแล้วจึงขยายไปยัง hospital-acquired sepsis ในปีถัดไป **4. การคัดกรองผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรง** หมายถึง การคัดกรองผู้ป่วยทั่วไปที่อาจจะเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงต่อไปซึ่งเครื่องมือที่ใช้(sepsis screening tools) qSOFAตั้งแต่ 2 ข้อขึ้นไป(ตารางที่ 3)modified early warning score SOS score (search out severity) ตั้งแต่ 4 ข้อขึ้นไป (ตารางที่ 4)ซึ่งเกณฑ์การคัดกรองไม่สามารถใช้แทนเกณฑ์ในการวินิจฉัยได้ **5. ฐานข้อมูลของโรงพยาบาล** หมายถึง ข้อมูลจาก ICD 10 และ/หรือฐานข้อมูลอื่นๆของแต่ละโรงพยาบาล ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงเป็นภาวะวิกฤตที่มีความสำคัญพบว่าอัตราอุบัติการณ์มีแนวโน้มสูงขึ้นและอัตราเสียชีวิตสูงขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเช่นผู้ที่รับยากดภูมิคุ้มกันนอกจากนี้ยังพบว่าแนวโน้มของเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้นส่งผลให้การรักษาผู้ป่วยไม่ได้ผลดีเท่าที่ควรนอกจากนี้ยังพบว่าการติดเชื้อในกระแสเลือดส่งผลให้อวัยวะต่างๆทำงาน

	ผิดปกติส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้แก่ภาวะช็อก,ไตวายการทำงานอวัยวะต่างๆ ล้มเหลวและเสียชีวิตในที่สุด
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากสภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล<ร้อยละ24 ในกลุ่มผู้ป่วย community-acquired sepsis <ร้อยละ 48 ในกลุ่มผู้ป่วยhospital-acquired sepsis (<ร้อยละ 28)
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตจากสภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด**แบบรุนแรง**ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลรวมถึงการพัฒนาเครือข่ายการดูแลรักษาผู้ป่วย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	**ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired** ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกระดับ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รายงานการเสียชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวทางการเก็บข้อมูลจากICD-10 โดยใช้การประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัดหรือภาพรวมของเขตสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลหรือฐานข้อมูลจากการประเมินข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขหรือเก็บผ่านโปรแกรมอื่นๆที่มีประสิทธิภาพได้ใกล้เคียงกัน
รายการข้อมูลที่ 1	A= จำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิต(dead) จากสภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
รายการข้อมูลที่ 2	B= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากสภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquiredที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 2 ดีขึ้น
รายการข้อมูลที่ 3	C= จำนวนผู้ป่วยที่ปฏิเสธการรักษาเพื่อกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน (against advise) จากสภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)โดยมีสถานภาพการจำหน่าย (Discharge status) = 2 ปฏิเสธการรักษา, และวิธีการจำหน่าย (Discharge type) = 3 ไม่ดีขึ้น
รายการข้อมูลที่ 4	D= จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงชนิด community-acquired ทั้งหมดที่ลง ICD 10 รหัส R 65.1 และ R57.2 ใน Principle Diagnosis และ Comorbidity ไม่นับรวมที่ลงใน Post Admission Comorbidity (complication) และไม่นับรวมผู้ป่วย palliative (รหัส Z 51.5)
สูตรคำนวณ	(A+C) / D × 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
การประเมินผล	1.มีคณะทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 2.มีการพัฒนาเครือข่ายของโรงพยาบาลและประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลแต่ละระดับ 3.มีผลการติดตามกำกับการดำเนินงานตัวชี้วัดหลักดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563 วิธีการประเมินผล

1. รายงานผลจากฐานข้อมูล HDC หรือฐานข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลโดยนำเสนอในภาพรวมของจังหวัดและภาพรวมของเขตสุขภาพ
2. เกณฑ์การให้คะแนน: ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับจังหวัดและเขตสุขภาพโดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราตายผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงดังนี้

1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4 คะแนน	5คะแนน
สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ40	สูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ20	ตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดรายปี	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ10	ต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ร้อยละ20

เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดโดยสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งประเทศไทย
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
	ร้อยละ	32.03	34.65	33.64

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 0936909991 E-mail : Chinoros131149@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-962-8 โทรสาร 045-241-918
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์: 045-262-962 โทรสาร 045-241-918
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสุภาภรณ์ อุตมัง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-962 โทรศัพท์มือถือ : 089-844-9962 E-mail: tunsupa48@hotmail.com 2.นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 E-mail : Chinoros131149@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

ตัวชี้วัด (R32)	ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด
คำนิยาม	**ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI** หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อและมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติชนิด (ST Elevated Myocardial Infarction) **รพ.ในระดับ F2** หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนชนาดกลางมีขนาดเตียง 30 –90 เตียงมีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวรวม 2–5 คนไม่มีแพทย์เฉพาะทางมีบริการผู้ป่วยในมีห้องผ่าตัดมีห้องคลอดรองรับผู้ป่วยและผู้ป่วยในของแต่ละอำเภอสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ **Fibrinolytic drug** หมายถึง ยาละลายหรือสลายลิ่มเลือดเช่น Streptokinase, Tenecteplaseเป็นต้น **กลวิธีดำเนินงาน** ดำเนินการเพิ่มศักยภาพรพ.ในตั้งแต่ระดับ F2 ทุกแห่งให้สามารถให้การรักษาตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด **ผูปวยโรคกลามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI** หมายถึง กลามเนื้อหัวใจที่ขาด เลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกลามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟาหัวใจผิดปกติชนิด (ST Elevated Myocardial Infarction) **รพ.ในระดับ F2** หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนชนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 –90 เตียง มีแพทยเวชปฏิบัติ หรือแพทยเวชศาสตรครอบครัว รวม 2–5 คน ไมมีแพทยเฉพาะทาง มีบริการผูปวยใน มีหองผาตัด มีห้องคลอด รองรับผู้ป่วยและผูปวยในของแต่ละอำเภอ สนับสนุนเครือขายบริการปฐมภูมิของแตละอำเภอ **Fibrinolytic drug** หมายถึง ยาละลายหรือ ละลายลิ่มเลือด เชน Streptokinase และ Tenecteplaseเปนตน **Primary PCI** หมายถึง การรักษาผูปวยกลามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันดวยการรักษาผานสายสวนหลอดเลือดหัวใจและทำการขยายหลอดเลือดหัวใจที่ตีบตันดวยบอลลูนรวมกับการสอดฝังขดลวดค้ำยันผนังหลอดเลือด
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	1.อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI(ไม่เกินร้อยละ 9) 2.ร้อยละของการให้การรักษาผู้ป่วย STEMI ได้ตามมาตรฐานเวลาที่กำหนด (ร้อยละ50)
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราตายจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ผูปวยSTEMI เขาถึงบริการในทุกเขตชุมชนมีการเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลระดับ F2 และ F2 ขึ้นไป
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI - ผู้ป่วยในรหัส ICD10 WHO I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล - ผู้ป่วยในรหัส ICD10- WHO I21.0-I21.3 ทั้งหมด 2. จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปทุกแห่งในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. เมื่อมีผู้ป่วย STEMI และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสำนักนโยบายและแผนโดยใช้ข้อมูล 43 แฟ้มและข้อมูลจาก Thai ACS Registry 2. รายงานโรงพยาบาลตั้งแต่ในระดับ F2 ขึ้นไปที่มีการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วย STEMI จากทุกเขตบริการ
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจาก Thai ACS Registry ที่ลงทะเบียนมาจากโรงพยาบาลในทุกเครือข่ายเขตบริการสุขภาพในกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้ป่วยรหัส ICD10 -WHO – I21.0-I21.3 ที่รับไว้รักษาที่โรงพยาบาลทั้งหมด
รายการข้อมูลที่ 3	C = จำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วย

	ได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือ จำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI ได้ให้ได้รับการทำ Primary PCI ภายใน 120 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาล
รายการข้อมูลที่ 4	D = จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมดหรือ จำนวนผู้ป่วย STEMI ที่มาถึงโรงพยาบาลและได้รับได้รับการทำ Primary PCI ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	1. (A /B) X 100 2. C /D) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (รายไตรมาส)
วิธีประเมินผล	**รายงานจากเวชระเบียนข้อมูล** - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ทั้งหมดที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและเสียชีวิตในโรงพยาบาล - จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีได้รับการวินิจฉัย STEMI -จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับยาละลายลิ่มเลือดทั้งหมด -จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ภายใน 120 นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย STEMI -จำนวนผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI ที่รับไว้หรือมารักษาในโรงพยาบาลและได้รับการทำ PCI ทั้งหมด

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	ร้อยละของจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI (น้อยกว่าร้อยละ 40)
2 คะแนน	ร้อยละของจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI (ร้อยละ 40-45)
3 คะแนน	ร้อยละของจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI (ร้อยละ 46-49)
4 คะแนน	ร้อยละของจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI (ร้อยละ 50-55)
5 คะแนน	ร้อยละของจำนวนครั้งการรักษาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีนับจากผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย STEMI เมื่อมาถึงโรงพยาบาลหรือจำนวนครั้งที่สามารถส่งต่อไปที่โรงพยาบาลที่ทำ PCI (มากกว่าร้อยละ 55)

เอกสารสนับสนุน	- เอกสาร 43 แฟ้มข้อมูลและข้อมูลจาก Thai ACS Registry - IBANEZ, Borja, et al. 2017 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). European heart journal, 2017, 39.2: 119-177.
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
อัตราตายของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI	ร้อยละ	-	-	8.62
ร้อยละผู้ป่วยSTEMI ได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน30นาทีหลังได้รับการวินิจฉัย	ร้อยละ	6.43	79.55	78.74

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 E-mail:Chinoros131149@gmail.com โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-962-8 โทรสาร 045-241-918
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางสุภาภรณ์ อุตมัง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-962 โทรศัพท์มือถือ : 089-844-9962 E-mail : tunsupa48@hotmail.com 2. นายชัยสิทธิ์ เรืองโรจน์ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 093-690-9991 E-mail:Chinoros131149@gmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัด (R33)</td><td>ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (PMQA)</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตามกฎกระทรวงแบ่งหน่วยงานในสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 25แห่ง
การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award: PMQA) ประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญขององค์กร 2) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ 7 หมวด คือ หมวด1 การนำองค์การหมวด 2 การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์หมวด 3 การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหมวด 4 การวัดการวิเคราะห์และการจัดการความรู้หมวด 5การมุ่งเน้นบุคลากรหมวด 6การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ และหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการโดยดำเนินการในปี 2561- 2565 ดังนี้
1. จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน 13 ข้อคำถามและทบทวนทุกปี
2. ดำเนินการภาคบังคับในปี 2561-2563ปีละ 2 หมวด และปี 2564 -2565 ปีละ 6 หมวด และคงรักษาสภาพ (Maintain)หมวดที่ดำเนินการไปแล้ว
<table>
<tr><td>พ.ศ.</td><td>ภาคบังคับ</td></tr>
<tr><td>2561</td><td>หมวด 1,หมวด 5</td></tr>
<tr><td>2562</td><td>หมวด 2,หมวด 4</td></tr>
<tr><td>2563</td><td>หมวด 3,หมวด 6</td></tr>
<tr><td>2564</td><td>หมวด 1-6</td></tr>
<tr><td>2565</td><td>หมวด 1-6</td></tr>
</table>
3. นำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) ที่ได้จากการประเมินองค์การด้วยตนเอง (Self Assessment) เทียบกับเกณฑ์ฯ มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การ หมวดละ 1 แผน
4. กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดบังคับ หมวดละ 2 ตัวชี้วัด ใช้วัดผลการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
5. ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกำหนดตัวชี้วัดขึ้นเองหมวดละ 3 ตัวชี้วัด ตามหมวด 7 ผลลัพธ์การดำเนินการ หัวข้อ 7.1-7.6 ให้มีความสอดคล้องกับ OFI (Opportunity for Improvement) พร้อมจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัด (KPI Template)
6. ดำเนินการตามแผนพัฒนาองค์การของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
7. จัดส่งเอกสารรายงานความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด
8. ตรวจประเมินผลการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ โดยทีมผู้ตรวจประเมิน (Auditor) และกลุ่มพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ จำนวน 2 รอบ
</td></tr>
<tr><td>เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563</td><td>ระดับความสำเร็จระดับ 5 (ร้อยละ 90)</td></tr>
</table>

วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 2. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินเป็นรายไตรมาส (รอบ 3, 6, 9 และ 12 เดือน) กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณอำเภอที่เป็นกลุ่มเป้าหมายรายงานผ่านระบบ Online ที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กำหนด
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 และ 4

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
1	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจัดทำ/ทบทวน ลักษณะสำคัญขององค์การได้ครบถ้วนส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การให้คะแนน				
0.20คะแนน	0.40คะแนน	0.60คะแนน	0.80คะแนน	1 คะแนน
5 คำถาม	7 คำถาม	9 คำถาม	11 คำถาม	13 คำถาม

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
2	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอประเมินตนเอง (Self-Assessment) เทียบกับเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558 ในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วนจัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน	
	0.50 คะแนน	1 คะแนน
2561-2563	1 หมวด	2 หมวด
2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
3	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนำโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity for Improvement : OFI) มาจัดทำแผนพัฒนาองค์การในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วน จัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน	
	0.50 คะแนน	1 คะแนน
2561-2563	มีแผน 1 หมวด	มีแผน 2 หมวด
2564-2565	มีแผนไม่ครบ6 หมวด	มีแผนครบ6 หมวด

ระดับคะแนน	ขั้นตอนการดำเนินงาน
4	จัดทำตัวชี้วัดความสำเร็จของแผนพัฒนาองค์การในหมวดที่ดำเนินการได้ครบถ้วนจัดส่งภายในระยะเวลาที่กำหนด

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน	
	0.50 คะแนน	1 คะแนน
2561-2563	1 หมวด	2 หมวด
2564-2565	ไม่ครบ 6 หมวด	ครบ 6 หมวด

	5	ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (วัดความสำเร็จของการดำเนินงานตามขั้นตอนการดำเนินงานที่ 1-4)	

- หน่วยงานส่งทันเวลาที่กำหนด

ระยะเวลา	เกณฑ์การให้คะแนน	
	-0.50 คะแนน	1 คะแนน
รอบ 3 เดือน	ส่งหลังวันที่ 10 ม.ค.63	ส่งภายในวันที่ 10 ม.ค.63
รอบ 6 เดือน	ส่งหลังวันที่ 10 เม.ย.63	ส่งภายในวันที่ 10 เม.ย.63
รอบ 9 เดือน	ส่งหลังวันที่ 10 ก.ค.63	ส่งภายในวันที่ 10 ก.ค.63
รอบ 12 เดือน	ส่งหลังวันที่ 25 ก.ย.63	ส่งภายในวันที่ 25 ก.ย.63

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

พ.ศ.	เกณฑ์การให้คะแนน				
	1	2	3	4	5
2561	ร้อยละ0	ร้อยละ 5	ร้อยละ 10	ร้อยละ 15	ร้อยละ 20
2562	ร้อยละ0	ร้อยละ 10	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40
2563	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
2564	ร้อยละ75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
2565	ร้อยละ80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

2561-2562 เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 10 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

2563-2565 เกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน (interval) ตามเกณฑ์การให้คะแนนรอบ 12 เดือน

การรวบรวมคะแนน	**สูตรร้อยละดังนี้** (ระดับคะแนนที่ 1+ระดับคะแนนที่ 2+ระดับคะแนนที่ 3+ระดับคะแนนที่ 4+ระดับคะแนนที่ 5)X100 หารด้วย 5
เอกสารสนับสนุน	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	44 (11 แห่ง)	100(73.17) (25 แห่ง)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางกนกวรรณ กุแก้ว ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ: 081-7304585 E-mail : kanokwan116@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ อุตมัง ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ: 089-8449962 E-mail : tunsupa48@hotmail.com

ตัวชี้วัด (R34)	ร้อยละของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้นที่ 3
คำนิยาม	**โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง -โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต จำนวน 6 แห่ง -โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 22 แห่ง (ตามทำเนียบสถานบริการฐานข้อมูลสำนักบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561) **HA (Hospital Accreditation)**หมายถึง กระบวนการรับรองระบบคุณภาพของสถานพยาบาล จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) (สรพ.) โดยมีกระบวนการรับรอง 3 ขั้น ดังนี้ - **HA ขั้น 1** หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง - **HA ขั้น 2** หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ในส่วนที่ไม่ยากเกินไป - **HA ขั้น 3** หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้/ ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วน
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	1. โรงพยาบาลศูนย์,โรงพยาบาลทั่วไป,โรงพยาบาลสังกัดกรมแพทย์และสังกัดกรมสุขภาพจิต(ร้อยละ 100) 2. โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 90)
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพหน่วยงานบริการด้านสุขภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต 2. โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต ที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต ทั้งหมด 6 แห่ง
รายการข้อมูลที่ 3	C= จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองขั้น 3 + Reaccredit
รายการข้อมูลที่ 4	D= จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (จำนวน 22 แห่ง) (ตามทำเนียบสถานบริการ ฐานข้อมูลกองบริหารการสาธารณสุข ณ 7 พฤษภาคม 2561)
สูตรคำนวณ	1. (A/B) x 100 2. (C/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (1 ตุลาคม 2562 – 30 กันยายน 2563)

เกณฑ์การให้คะแนน(Ranking) ปี 2563

ข้อมูลจากการส่งรายงาน / จากการนิเทศติดตาม / จากแผนผังควบคุมกำกับงาน

เกณฑ์การให้คะแนน	ระดับ 1 (1คะแนน)	ระดับ 2 (2คะแนน)	ระดับ 3 (3คะแนน)	ระดับ 4 (4คะแนน)	ระดับ 5 (5คะแนน)
- **โรงพยาบาลศูนย์** - **โรงพยาบาลทั่วไป** - **โรงพยาบาลชุมชน** **(ที่ผ่านการรับรองขั้น 3 แล้ว)**	-มีการทบทวน/แต่งตั้งคณะ กรรมการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง -มีการประชุม ทบทวนการนำองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ คัดเลือกตัวชี้วัดหาโอกาสพัฒนาในรูปแบบคณะกรรมการ -ส่งเอกสารขอรับการรับรองต่ออายุก่อนหมดอายุ 6 เดือนสำหรับรพ.ที่อยู่ในเกณฑ์	-มีการจัดทำแผนปฏิบัติงาน -มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมดำเนินการ -มีการควบคุมกำกับการดำเนินงาน ให้เป็นไปตาม Time Line ของแต่ละ รพ. -มีการจัดทำ 12 กิจกรรมทบทวนต่อเนื่อง	-มีการประกาศนโยบาย2P Safety ใน รพ. -มีกระบวนการดำเนินงานปรับ ปรุงพัฒนาแต่ละระบบงาน -มีกระบวนการค้นหา Innovation/Best practice -ส่งเอกสารขอรับการรับรองต่ออายุก่อนหมดอายุ 6 เดือนสำหรับรพ.ที่อยู่ในเกณฑ์	-ผู้รับบริการมีความพึงพอใจไม่น้อยกว่าร้อยละ80 -มีผลงาน Innovation/Best practice อย่างน้อย3 เรื่อง	-ผ่านการรับรองต่ออายุจาก สรพ. -มีผลงาน Innovation /Best practice นำเสนอในเวทีงานวิชา การระดับจังหวัดหรือระดับเขต อย่างน้อย 1เรื่อง
-โรงพยาบาลชุมชน ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ยังไม่ผ่านการรับรองขั้นที่ 3	-มีการทบทวน/แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพต่อเนื่อง -มีการประชุมทบทวนการนำองค์กร วิสัยทัศน์ พันธกิจ คัดเลือกตัวชี้วัดหาโอกาสพัฒนาในรูปแบบคณะกรรมการ	-มีการจัดทำแผนงาน/โครง การรองรับ -มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมดำเนินการพัฒนาHA -มีกิจกรรมทบทวน12 กิจกรรมอย่างต่อเนื่อง -มีการควบคุมกำกับการดำเนินให้เป็นไปตาม TimeLine ของแต่ละ รพ. (ให้สามารถส่งเอกสารและขอรับการประเมินรับรองขั้น3)	-มีการประกาศใช้นโยบาย2P Safety ใน รพ. -มีกระบวน การดำเนิน งานปรับปรุงพัฒนางานแต่ละระบบ -มีกระบวน การค้นหา Innovation /Best practice -มีการควบคุมกำกับการดำเนินให้เป็นไปตาม TimeLineของ รพ.(ส่งเอกสารขอรับการรับรองต่ออายุก่อนหมดอายุ 6 เดือน)	-ผู้รับบริการมีความพึงพอใจไม่น้อยกว่าร้อยละ80 -ได้รับการตอบรับกำหนดวันประเมินจาก สรพ. -มีผลงาน Innovation/Best practice อย่างน้อย 3 เรื่อง	-ผ่านการประเมินรับรองขั้น 3จากสรพ. -มีผลงาน Innovation /Best practice นำเสนอในเวทีงานวิชา การระดับจังหวัดหรือระดับเขต อย่างน้อย 1 เรื่อง

เงื่อนไข : 1. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต ทั้งหมด 6 แห่งประกอบด้วย - โรงพยาบาลศูนย์ ได้แก่ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ - โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ โรงพยาบาล 50 พรรษาฯ โรงพยาบาลวารินชำราบ และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม - โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ ได้แก่ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี - โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ 2.โรงพยาบาลชุมชนจำนวน 22 แห่ง ยังไม่ผ่านการรับรอง จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ รพ.นาเยีย, รพ.เหล่าเสือโก้ก และ รพ.น้ำขุ่น อยู่ระหว่างการต่ออายุการรับรองจำนวน16 แห่ง 4. ข้อมูลที่ผ่าน/ไม่ผ่านการรับรอง จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	
เอกสารสนับสนุน	จากเว็บไซต์สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) www.ha.or.th /สำหรับประชาชน/โรงพยาบาลที่ได้รับการรับรอง

Based Line Data

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
		2559	2560	2561	2562
ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ และกรมสุขภาพจิต มีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (6 แห่ง)	ร้อยละ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ร้อยละของโรงพยาบาลชุมชนมีคุณภาพมาตรฐานผ่านการรับรอง HA ขั้น 3 (22 แห่ง)	ร้อยละ	ร้อยละ 54.55 (12แห่งจาก 22 แห่ง)	ร้อยละ 54.55 (12แห่งจาก 22 แห่ง)	ร้อยละ 77.27 (17แห่งจาก 22 แห่ง)	ร้อยละ 86.36 (19แห่งจาก 22 แห่ง)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ อุตมัง ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4526-2962 ต่อ2323 โทรศัพท์มือถือ : 08 – 9844 – 9962 E-mail : tunsupa48@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ อุตมัง ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4526-2962 ต่อ2323 โทรศัพท์มือถือ : 08 – 9844 – 9962 E-mail : tunsupa48@hotmail.com

ตัวชี้วัด (R35)	ร้อยละของ รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว
คำนิยาม	**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)** หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ ทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวม ศูนย์สุขภาพชุมชน(ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU) **การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.** หมายถึงการพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนดคือ 5 ดาว 5 ดีประกอบด้วย 1) บริหารดี 2) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม 3) บุคลากรที่ดี 4) บริการดี 5) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้ หมวด 1 การนำองค์กรและการจัดการที่ดี หมวด 2 การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด 3 การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล หมวด 4 การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย หมวด 5 ผลลัพธ์ โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้ ร้อยละ 60.00 - 69.99 เท่ากับ 3 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 70.00 - 79.99 เท่ากับ 4 ดาว (รายงาน เขต และจังหวัด เพื่อการพัฒนา) ร้อยละ 80ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ 80 เท่ากับ 5 ดาว **การรับรองผล** จังหวัดและเขตร่วมพัฒนาและรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว โดยรักษาสภาพ 2 ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	รพ.สต. ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว (สะสม) ร้อยละ 75 Accredit สะสม ร้อยละ 75
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานีจำนวน317 แห่ง (ไม่นับรวมรพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพรพ.สต.ติดดาวในปี 2561 และปี 2562)
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รพ.สต. บันทึกข้อมูลผ่านทางระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง) สสจ.ตรวจสอบและแก้ไข, (รับรอง)
แหล่งข้อมูล	รพ.สต. ประเมินตนเอง, ทีมประเมินระดับอำเภอจังหวัดและเขตสุขภาพ
รายการข้อมูลที่ 1	**A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระดับ 5 ดาว (สะสม)** B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 4 ดาว (สะสม) C = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ระดับ 3 ดาว (สะสม)
รายการข้อมูลที่ 2	D = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด (317 แห่ง)
สูตรคำนวณ	(A/D) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 – 4

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563	
ค่าคะแนน	**เกณฑ์การประเมินผล**
1 คะแนน	- มีคำสั่งแต่งตั้งทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอ - มีการถ่ายทอดนโยบาย และ รพ.สต. เป้าหมาย ดำเนินการพัฒนาตนเองทำตามคู่มือ ปี 2562
2 คะแนน	- ดำเนินการครบในขั้นที่ (1) และ รพ.สต.มีการจัดทำลักษณะสำคัญองค์กร (Organization Profile), ผลการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ครบทุกแห่ง และกรอกข้อมูลในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ (Gis-Health)
3 คะแนน	- ดำเนินการครบในขั้นที่ (1), (2) และมีการลงพื้นที่ให้คำแนะนำของทีมพี่เลี้ยงระดับอำเภอไม่น้อยกว่า 2 ครั้ง พร้อมทั้งสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นตามส่วนขาด (GAP)
4 คะแนน	- ดำเนินการครบในขั้นที่ (1), (2), (3) และพี่เลี้ยงมีการประเมิน รพ.สต.ตามเกณฑ์ ครบทุกแห่งในระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหน่วยบริการปฐมภูมิ (Gis-Health)
5 คะแนน	- ดำเนินการครบถ้วนทั้ง 4 ขั้นตอน และมี รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ ระดับ 3 ดาว ร้อยละ 100และระดับ 5 ดาว ร้อยละ 60 (สะสม)

Based Line Data	Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2560	2561	2562
	รพ.สต. จำนวน 317 แห่ง	แห่ง	57	81	97

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นางสุภาภรณ์ อุตมัง ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0-4526-2962 ต่อ2323 โทรศัพท์มือถือ : 08 – 9844 – 9962 E-mail : tunsupa48@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวโสมนัสสา โสคำภา ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 – 4526 - 2692 โทรศัพท์มือถือ : 08 – 6869 - 9825 โทรสาร : 0 – 4524 - 1918 E-mail : sommanatsa@hotmail.com

ตัวชี้วัด (R36)	**จำนวนองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน**
คำนิยาม	**องค์กรแห่งความสุข** หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ ได้แก่ สสจ./รพศ./รพท. รพช./สสอ./รพสต. มีการดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข คุณภาพขององค์กรแห่งความสุข มี 3 ระดับ ประกอบด้วย ขั้น 1 ขั้น 2 และขั้น 3 เกณฑ์การประเมินมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข มีทั้งหมด 5 หมวด ได้แก่ หมวดที่ 1. การนำองค์กรแห่งความสุข หมวดที่ 2. กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข หมวดที่ 3. การจัดการความรู้ในองค์กร หมวดที่ 4. การมุ่งเน้นบุคลากร หมวดที่ 5.ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งความสุข
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐานจำนวน 4 หน่วยงาน
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ทุกหน่วยงานสามารถนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร(HPI)มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อ

	ส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดังรายละเอียดต่อไปนี้ 1. การกรอกแบบประเมิน Happinometer :บุคลากรทุกคนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกคน ได้แก่ ข้าราชการ, พนักงานกระทรวง, ลูกจ้างประจำ, พนักงานราชการ, ลูกจ้างชั่วคราว (ไม่รวมลูกจ้างโครงการและพนักงานจ้างเหมา) โดยขอให้นับจำนวนบุคลากรที่เข้าไปกรอกแบบประเมิน Happinometer ตามโปรแกรมของกระทรวงฯที่จัดทำขึ้น 2. การกรอกแบบประเมิน HPI :ผู้บริหาร/หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน เข้าไปกรอกแบบประเมิน HPI ของกระทรวงฯ การนับหน่วยงานองค์กรความสุข (HPI) 1. นับหน่วยงานที่ดำเนินการพัฒนาองค์กรความสุข (HPI) :ซึ่งหน่วยงานที่นับจำนวนมีดังนี้ 1.1 สสจ.อบ./รพศ./รพท./รพช. รวมจำนวน 30 หน่วยงาน 1.2สสอ.+รพ.สต. รวมจำนวน 25 หน่วยงาน รวมหน่วยงานทั้งหมดในจังหวัดอุบลฯ ที่ต้องดำเนินการ HPI คือ 55 หน่วยงาน
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1.หน่วยงานจัดส่งผลการดำเนินงานเสนอให้คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข พิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน 2.คณะกรรมการบริหารองค์กรแห่งความสุข(Happy Organization Board)ระดับอำเภอแจ้งผลการพิจารณาคัดเลือกองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน พร้อมเอกสารหลักฐานส่งระดับจังหวัดเพื่อคัดเลือกส่งในระดับกระทรวงฯต่อไป
แหล่งข้อมูล	กองยุทธศาสตร์และแผนงาน ประกาศผลการประเมินองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพมาตรฐาน ผ่านหน้าเว็บกองยุทธศาสตร์และแผนงาน เมนู People Excellence
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวน รพช./สสอ.ในจังหวัด ที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานองค์กรแห่งความสุข
รายการข้อมูลที่ 2	B= จำนวนรพช./สสอ.ทั้งหมดในจังหวัด
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

การประเมิน

เกณฑ์การให้คะแนนองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศอย่างยั่งยืน

Excellence Sustainable Happiness MOPH Assessment

คำชี้แจง: แบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ ประกอบด้วย 5 หมวด โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4	หมายถึง	เห็นด้วย
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
0	หมายถึง	ไม่ตอบ หรือไม่มีความคิดเห็น

หมวดที่ 1 การนำองค์กรสู่องค์กรแห่งความสุขหมายถึง ผู้บริหารได้รับทราบแนวคิดองค์กรแห่งความสุข กำหนดเป็นนโยบายสร้างสุขขององค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
1.ผู้บริหารกำหนดวิสัยทัศน์หรือนโยบายที่ชัดเจนในการเป็นองค์กรแห่งความสุข และมีการถ่ายทอดไปยังพนักงานบุคลากรทุกระดับ						
2.ผู้บริหารสนับสนุนกระบวนการพัฒนาคนในองค์กรอย่างมีเป้าหมายและยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร						
3.ผู้บริหารสนับสนุน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงาน มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
4.ผู้บริหารกำกับติดตามกระบวนการและผลการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงาน มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ และชุมชนสมานฉันท์						
5.ผู้บริหารเป็นต้นแบบ/แบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติงาน และการดำเนินชีวิต (ครองคน ครองตน และครองงาน)						
รวม						

หมวดที่ 2 การมุ่งเน้นที่การปฏิบัติ : กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุขหมายถึง องค์กรได้มีแนวทางการจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขให้กับบุคลากร โดยสอดคล้องกับแนวทางการสร้างสุขที่เหมาะสมกับบริบทองค์กรโดยพิจารณาว่าองค์กรมีวิธีการอย่างไรในการออกแบบจัดการองค์กรให้มีความสุขที่ครอบคลุมลักษณะการทำงาน และวัฒนธรรมองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
1.องค์กรมีการทบทวนปรับปรุงนโยบายการบริหารให้เอื้อต่อสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยทั้งภายในและภายนอกอย่างสมเหตุสมผล						
2.องค์กรมีบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมความสุขของบุคลากร เช่น การทักทาย การไหว้ การยิ้ม การรับฟังความคิดเห็นของพนักงานอย่างใกล้ชิด						
3.องค์กรมีการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากร						
4.องค์กรมีมาตรการ/แนวทางการเฝ้าระวังและป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้ยาเสพติด						
5.องค์กรมีการพัฒนากระบวนการใหม่หรือนวัตกรรมในการดำเนินงานเสริมสร้างความสุขในการทำงาน						
รวม						

หมวดที่ 3 การจัดการความรู้สำหรับองค์กรสุขภาวะหมายถึง องค์กรมีการจัดการความรู้ในการทำงาน และความรู้เกี่ยวกับกิจกรรมการสร้างสุข และสามารถถ่ายทอดแก่บุคคลทั้งในและนอกองค์กร ผ่านสื่อต่าง ๆ ได้โดยพิจารณาด้านการจัดการความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และพัฒนาประสิทธิภาพของผลงาน รวมถึงการมีปฏิสัมพันธ์ของบุคลากรในองค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
1.องค์กรมีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการทำงานและเรียนรู้จากแนวการปฏิบัติที่ดีจากหน่วยงานอื่นนำมาประยุกต์ใช้						
2.องค์กรมีกระบวนการในการถ่ายทอดความรู้จากบุคคลสู่บุคคล หรือ จากบุคคลสู่สื่อสารสนเทศเพื่อใช้ในองค์กร						
3.องค์กรมีการจัดการข้อมูลสารสนเทศให้พร้อมใช้งานในรูปแบบต่าง ๆ ตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น ตำรา คู่มือ						
4.องค์กรมีบุคลากรสามารถถ่ายทอดทักษะการทำงานและปรับปรุงผลงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์กรได้						
5.องค์กรมีช่องทางในการถ่ายทอดความรู้ที่หลากหลายช่องทางตามความเหมาะสมขององค์กร เช่น การอบรม การสอนงาน การส่งบุคลากรไปอบรมต่าง ๆ						
รวม						

หมวดที่ 4 การมุ่งเน้นบุคลากรให้มีความสุขหมายถึง องค์กรต้องการให้บุคลากรขององค์กรแห่งความสุขของตนเองมีคุณลักษณะอย่างไรโดยพิจารณาว่า องค์กรมีจุดมุ่งหมายในการสร้างบุคลากรให้มีความสุขในองค์กรอย่างไร สอดคล้องกับแนวทางการสร้างความสุขระดับบุคคล สังคม และครอบครัว

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
1.บุคลากรมีสุขภาพกายและใจที่ดี						
2.บุคลากรมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพและมีความก้าวหน้าในอาชีพ						
3.บุคลากรมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเสริมสร้างให้คนทำงานมีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่และชุมชนสมานฉันท์						
4.บุคลากรมีคุณธรรม จริยธรรม และมีจิตอาสา ช่วยเหลือสังคม						
รวม						

หมวดที่ 5 ผลลัพธ์ขององค์กรแห่งความสุขหมายถึง ผลลัพธ์จากกระบวนการสร้างสุขในองค์กรที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานไปในทิศทางที่ดีขึ้นโดยพิจารณาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการนำแนวคิดองค์กรแห่งความสุขมาใช้ในการดำเนินงานที่ส่งผลต่อผลิตภาพรวมขององค์กร

เกณฑ์การพิจารณา	ผลการประเมินตนเอง					
	0	1	2	3	4	5
1.บุคลากรมีความพึงพอใจต่อกิจกรรมสร้างสุขในองค์กร						
2.บุคลากรมีความผูกพันต่อองค์กร						
3.บุคลากรมีความสุขในการทำงาน						
4.องค์กรได้รับรางวัล/การเชิดชู/ยกย่องจากหน่วยงานภายนอกในการดำเนินงานสร้างสุขในองค์กร						
5.องค์กรมีผลการดำเนินงานด้านต่าง ๆ ที่ดีขึ้น เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา						
รวม						

สรุปผลการประเมิน Ranking ปี 2563

หมวดที่	จำนวนข้อ	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้
1.การนำองค์กรแห่งความสุข	5	25	
2.กระบวนการพัฒนาองค์กรแห่งความสุข	5	25	
3.การจัดการความรู้ในองค์กร	5	25	
4.การมุ่งเน้นบุคลากร	4	20	
5.ผลลัพธ์ของการเป็นองค์กรแห่งความสุข	5	25	
รวม	**24**	**120**	

(นำคะแนนที่ได้ คูณด้วย 5หารด้วย 120)

แบบฟอร์มรายงานผลการดำเนินงานไตรมาส 4

มี Success Story หรือ Bright Spot จากการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข แห่งละ 1 เรื่อง

(เกณฑ์การคัดเลือกตามเอกสารแนบท้าย)

จังหวัด.....หน่วยงาน.....

ประเด็น Success story หรือ Bright spot

.....

บทสรุปผู้บริหาร

.....

.....

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

.....

.....

.....

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนา

.....

.....

.....

ผู้ประสานงาน.....เบอร์ติดต่อ.....

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	1. **ทุกหน่วยงาน** มีการกรอกข้อมูล HPI และHappinometer ร้อยละ 80ตามที่กระทรวงฯแจ้งหนังสือดำเนินการ
เอกสารสนับสนุน	เอกสารอ้างอิงการพัฒนาแบบประเมินองค์กรแห่งความสุขที่เป็นเลิศ: กรณีศึกษา องค์กรในภาคอุตสาหกรรม:อธิวัฒน์เจี่ย วิวรรธน์กุล, ศรัลขุนวิทยาและสิทธิพรกล้าแข็ง (2017)The Development of Excellent Happy Workplace Assessment: A Case Study in Industrial Organizations และHPI, Happinometerของ สสส. และกระทรวงสาธารณสุข
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางธิดารัตน์ บุญทรง กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 089-626-9853 2.นางฐานิตาภักค์ ธนิกวลัยรัตนิน : กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 081-470-3911 E-mail : Tanitapuk1966@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางฐานิตาภักค์ ธนิกวลัยรัตนิน เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 081-470-3911 E-mail : Tanitapuk1966@hotmail.com 2 : นางธิดารัตน์ บุญทรง หัวหน้างานพัฒนาทรัพยากรบุคคล เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-626-9853
หมายเหตุ	ติดต่อสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม Happinometer และ HPI ที่กองยุทธศาสตร์และแผนงาน หมายเลขโทรศัพท์ : 02-590-2459 หมายเลขโทรสาร : 02-591-8628 E-mail : spd.policy@gmail.com Facebook : HR4Health หรือ SPDMOPHThai

ตัวชี้วัด(R37)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU)
ตัวชี้วัดย่อย (R37.1)	-RDU ขั้นที่ 2
คำนิยาม	RDUเป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community **RDU Hospital**หมายถึงโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช.)/โรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต/โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย/โรงพยาบาลและศูนย์บริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร **RDU PCU**หมายถึง รพ.สต.และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เรียกในชื่ออื่น **RDU community**หมายถึงการดำเนินการเพื่อทำให้เกิด RDU ในระดับตำบล/อำเภอ การพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มี 3 ระดับ ดังนี้ ▪ <u>RDU ขั้นที่ 1</u> หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU โรงพยาบาล	RDU รพ.สต.
1. อัตราการสั่งใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติผ่านเกณฑ์ที่กำหนด 2. การดำเนินงานของ PTC ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 3. รายการยาที่ควรพิจารณาตัดออก 8 รายการ ซึ่งยังคงมีอยู่ในบัญชีรายการยาของโรงพยาบาลไม่เกิน 1 รายการ 4. จัดทำฉลากยามาตรฐาน ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 5. การส่งเสริมจริยธรรมในการจัดซื้อจัดหายา และการส่งเสริมการขายยา ผ่านระดับ 3	จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 40 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมาย ทั้ง 2 โรค

▪ RDU ขั้นที่ 2 หมายถึงการดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU (โรงพยาบาล)	RDU (รพ. สต.)
1. ผลการดำเนินงานของตัวชี้วัด จำนวน 5 ตัวชี้วัดตาม RDU ขั้นที่ 1 2. อัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน , โรคอุจาระร่วงเฉียบพลัน, แผลสดอุบัติเหตุ และสตรีคลอดปกติครบกำหนดคลอดทางช่องคลอด ไม่เกินค่าเฉลี่ยของประเทศ ทั้ง 4 ตัวชี้วัด (ปี 2562 เกณฑ์ RI รพศ./รพท. ≤ 30 % และ รพช.≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 50 %, APL ≤ 15 %) 3. การใช้ยาNSAIDsผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระดับ 3ขึ้นไป ไม่เกินร้อยละ10 4. การใช้ยา glibenclamideในผู้ป่วยสูงอายุ หรือไตทำงานบกพร่อง ไม่เกินร้อยละ 5 5. การไม่ใช้ยาที่ห้ามใช้ในสตรีตั้งครรภ์ ได้แก่ warfarin*, statins, ergots (* ยกเว้นกรณีใส่ mechanical heart valve)	**จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60** ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค(เกณฑ์ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %)

▪ RDU ขั้นที่3หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้

RDU (โรงพยาบาล)	RDU (รพ. สต.)
1. ผลการดำเนินงานผ่านตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Service plan ครบทั้ง 18 ตัวชี้วัด(หมายเหตุ เกณฑ์ในคู่มือ RI ≤ 20 %, AD ≤ 20 %, FTW ≤ 40 %, APL ≤ 10 %)	**จำนวน รพ.สต.ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80** ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค

▪ **RDU ขั้นที่ 3 plus หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้**

<u>RDU Hospital (R1)</u>	<u>RDU PCU (R2)</u>

	1. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Serviceplan 2. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น	**จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80** ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	- RDU ขั้นที่ 2 (ร้อยละ 60)	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ	
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล HDC/cockpit/รายงานสรุปผล	
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	
รายการข้อมูลที่ 1	A1=จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 1 A2= จำนวนโรงพยาบาลผ่านRDU ขั้นที่ 2	
รายการข้อมูลที่ 2	B= จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด	
สูตรคำนวณ	RDU ขั้น 1: (A1/B) x 100 RDU ขั้น 2 : (A2/B) x100	
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)	
วิธีการประเมินผล	การรายงานและการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล	

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563				
วัดผล Ranking รอบที่ 1 และ 2				
1 คะแนน	**2 คะแนน**	**3 คะแนน**	**4 คะแนน**	**5 คะแนน**
ระดับ 1 ผ่านเกณฑ์RDU ขั้น 1 (ผ่าน 2ใน7 KPI ขั้น 2)	ระดับ 2 ผ่านRDU ขั้น 1 (ผ่านอย่างน้อย2ใน 7 KPI ขั้น 2)	ระดับ 3 ผ่านRDUขั้น1และ (ผ่านอย่างน้อย4ใน7 KPI ขั้น 2)และผ่าน RI,AD	ระดับ 4 ผ่าน RDU ขั้น 2	ระดับ 5 ผ่านRDU ขั้น 3

เอกสารสนับสนุน	รายงานตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
Based Line Data	

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
RDU ขั้น 1	ร้อยละ	-	96.15	100.00
RDU ขั้น 2	ร้อยละ	-	11.54	34.62
RDU ขั้น 3	ร้อยละ	-	-	11.53

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวนันทิกร จำปาสา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 096-1966649 โทรสาร : 045-262699 E-mail : Jutharat.216@gmail. 2. นางสาวภาวินี พุฒเขียว เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 081-8793199 โทรสาร :045-262699 E-mail : paput2555@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวภาวินี พุฒเขียว เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 081-8793199 โทรสาร :045-262699 E-mail : paput2555@gmail.com

<table>
<tr><td>ตัวชี้วัดย่อย (R37.2)</td><td>-RDU ขั้นที่ 3</td></tr>
<tr><td>คำนิยาม</td><td>▪ RDU ขั้นที่ 3 plus หมายถึง การดำเนินการผ่านเงื่อนไขต่อไปนี้
<table>
<tr><th><u>RDU Hospital (R1)</u></th><th><u>RDU PCU (R2)</u></th></tr>
<tr><td>3. ผลการดำเนินงานผ่านตามตัวชี้วัด 18 ตัวชี้วัด ตามเกณฑ์ในคู่มือ RDU Serviceplan
4. ตัวชี้วัดเฉพาะตามสภาพปัญหา (problem based indicators) โดยอาจเป็นตัวชี้วัดร่วมระดับเขต ระดับเครือข่าย รพ. หรือเฉพาะระดับ รพ. หรือตัวชี้วัดตามกลุ่มโรค/กลุ่มยา ที่เป็นปัญหาใน service plan อื่น</td><td>จำนวน รพ.สต. ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของ รพ.สต.ทั้งหมดในเครือข่ายระดับอำเภอ ที่มีอัตราการใช้ยาปฏิชีวนะในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนและโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันผ่านเกณฑ์เป้าหมายทั้ง 2 โรค</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563</td><td>- RDU ขั้นที่ 3 (ร้อยละ 20)</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>RDU: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ</td></tr>
<tr><td>วิธีจัดเก็บข้อมูล</td><td>ฐานข้อมูล HDC/cockpit/รายงานสรุปผล</td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูลที่ 1</td><td>A1=จำนวนโรงพยาบาลผ่าน RDU ขั้นที่ 1
A2= จำนวนโรงพยาบาลผ่านRDU ขั้นที่ 2</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูลที่ 2</td><td>B= จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>RDU ขั้น 1: (A1/B) x 100
RDU ขั้น 2 : (A2/B) x100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563				
วัดผล Ranking รอบที่ 1 และ 2				
1 คะแนน	**2 คะแนน**	**3 คะแนน**	**4 คะแนน**	**5 คะแนน**
ระดับ 1 ผ่านเกณฑ์RDU ขั้น 1 (ผ่าน 2ใน7 KPI ขั้น 2)	ระดับ 2 ผ่านRDU ขั้น 1 (ผ่านอย่างน้อย2ใน 7 KPI ขั้น 2)	ระดับ 3 ผ่านRDUขั้น1และ(ผ่านอย่างน้อย4ใน7 KPI ขั้น 2)และผ่าน RI,AD	ระดับ 4 ผ่าน RDU ขั้น 2	ระดับ 5 ผ่านRDU ขั้น 3

เอกสารสนับสนุน

รายงานตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
RDU ขั้น 1	ร้อยละ	-	96.15	100.00
RDU ขั้น 2	ร้อยละ	-	11.54	34.62
RDU ขั้น 3	ร้อยละ	-	-	11.53

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางสาวนันทิกร จำปาสา เภสัชกรชำนาญการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 096-1966649
   โทรสาร : 045-262699 E-mail : Jutharat.216@gmail.
2. นางสาวภาวินี พุฒเขียว เภสัชกรปฏิบัติการ
   โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 081-8793199
   โทรสาร :045-262699 E-mail : paput2555@gmail.com

หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน

นางสาวภาวินี พุฒเขียว เภสัชกรปฏิบัติการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 081-8793199
โทรสาร :045-262699 E-mail : paput2555@gmail.com

ตัวชี้วัดย่อย (R37.3)

อำเภอมีการดำเนินการ RDU community ผ่านเกณฑ์ระดับ 3

คำนิยาม

RDU เป็นการประเมินการดำเนินงานระดับอำเภอ โดยมีโรงพยาบาล/ศูนย์บริการสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการประสานเชื่อมโยงกับหน่วยงานระดับที่สูงกว่า ระดับเดียวกันหรือระดับรองลงมา ซึ่งประกอบด้วยการประเมิน RDU Hospital, RDU PCU และ RDU in community

- **RDU community** หมายถึง การดำเนินการเพื่อทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุผลโดยดำเนินการโดยอาศัยระบบการจัดการโดยเครือข่ายในระดับชุมชน เกิดชุมชนต้นแบบที่มีการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล อย่างน้อย 1 ชุมชนใน 1 ตำบล และมีกิจกรรมตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

1.มีผู้ประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานระดับอำเภอและระดับตำบล (RUD community coordinator)
2.มีภาคีเครือข่ายชุมชนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในอย่างน้อย 1 ชุมชน/ตำบล
3.เครือข่ายชุมชนประกอบด้วยเครือข่ายภาคส่วนอื่นๆ อย่างน้อย4ภาคส่วนขึ้นไป เช่น อสม. อย.น้อยอปท. ผู้นำชุมชน ตำรวจ ครัวเรือน ฯลฯ
4.ร้านค้าร้านชำได้รับการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายตามแบบฟอร์ม คบส.อย่างน้อยร้อยละ 95
5.มีการประชาคมชุมชน คืนข้อมูลเพื่อค้นหา และจัดลำดับปัญหา/ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในพื้นที่โดยชุมชนอย่างน้อย 1 ชุมชน/อำเภอ

	6.มีหลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรมของเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเช่น รายงาน ภาพถ่าย วีดิโอหรือหลักฐานการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลให้พนักงานเจ้าหน้าที่ 7.มีหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมการดำเนินการแก้ปัญหา/ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วม 8.รายงานการสรุปผลการดำเนินงานในการแก้ปัญหา/ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและการคืนข้อมูลสู่ชุมชน 9.พนักงานเจ้าหน้าที่มีการบันทึกข้อมูลใน แอพลิเคชั่นTAWAI FOR HEALTH หรือฐานข้อมูลกรมวิทย์ with you
เกณฑ์ค่าเป้าหมายปี2563	ระบบการดำเนินการ RDU community โดยอาศัยเครือข่าย อย่างน้อย 1 ชุมชน/ 1 ตำบล
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ความปลอดภัยจากการใช้ยา และลดค่าใช้จ่ายด้านยาที่ไม่จำเป็น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : ในชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ/ตำบล
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รายงานสรุปผล
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูลที่ 1	A=จำนวนอำเภอที่มีการดำเนินงานRDU communityตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูลที่ 2	B=จำนวนอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณ	RDU community : (A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน (ประมวลผลยอดสะสมตั้งแต่ต้นปีงบประมาณ)
วิธีการประเมินผล	การรายงานและการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking

1.มีผู้ประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานระดับอำเภอและระดับตำบล (RUD community coordinator)
2.มีภาคีเครือข่ายชุมชนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพในอย่างน้อย 1 ชุมชน/ตำบล
3.เครือข่ายชุมชนประกอบด้วยเครือข่ายภาคส่วนอื่นๆ อย่างน้อย 4 ภาคส่วนขึ้นไป เช่น อสม. อย.น้อย อปท. ผู้นำชุมชน ตำรวจ ครัวเรือน ฯลฯ
4.ร้านค้าร้านชำได้รับการตรวจสอบผลิตภัณฑ์สุขภาพที่จำหน่ายตามแบบฟอร์ม คบส.อย่างน้อยร้อยละ 95
5.มีการประชาคมชุมชน คืนข้อมูลเพื่อค้นหา และจัดลำดับปัญหา/ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ ในพื้นที่โดยชุมชน อย่างน้อย 1 ชุมชน/อำเภอ
6.มีหลักฐานที่แสดงถึงกิจกรรมของเครือข่ายชุมชนในการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพเช่น รายงาน ภาพถ่าย วีดิโอหรือหลักฐานการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลให้พนักงานเจ้าหน้าที่
7.มีหลักฐานแสดงถึงกิจกรรมการดำเนินการแก้ปัญหา/ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วม
8.รายงานการสรุปผลการดำเนินงานในการแก้ปัญหา/ความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและการคืนข้อมูลสู่ชุมชน
9.พนักงานเจ้าหน้าที่มีการบันทึกข้อมูลใน แอพลิเคชั่น TAWAI FOR HEALTH หรือฐานข้อมูล

ประเมินผล Ranking รอบที่ 1				
1 คะแนน	**2 คะแนน**	**3 คะแนน**	**4 คะแนน**	**5 คะแนน**
ระดับ 1 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1	ระดับ 2 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-4 อย่างน้อย 40% ของพื้นที่	ระดับ 3 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-4 อย่างน้อย 60% ของพื้นที่	ระดับ 4 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-4 อย่างน้อย 60% ของพื้นที่และข้อ9	ระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-4 อย่างน้อย 70% ของพื้นที่ และข้อ 5,6.9

ประเมินผล Ranking รอบที่ 2				
1 คะแนน	**2 คะแนน**	**3 คะแนน**	**4 คะแนน**	**5 คะแนน**
ระดับ 1 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-4 อย่างน้อย 40% ของพื้นที่	ระดับ 2 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-4 อย่างน้อย 60% ของพื้นที่	ระดับ 3 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-4 อย่างน้อย 70% ของพื้นที่และข้อ,9	ระดับ 4 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-4 อย่างน้อย 90% ของพื้นที่ และข้อ 6,7,9	ระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ข้อ 1-4 อย่างน้อย 90% ของพื้นที่ และข้อ 5,6,7,8,9

เอกสารสนับสนุน	รายงานตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสาวนันทิกร จำปาสา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 096-1966649 โทรสาร : 045-262699 E-mail : Jutharat.216@gmail. 2. นางสาวภาวินี พุฒเขียว เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 081-8793199 โทรสาร :045-262699 E-mail : paput2555@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวนันทิกร จำปาสา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 096-1966649 โทรสาร : 045-262699 E-mail : Jutharat.216@gmail.

ตัวชี้วัด (R38)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบจัดการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ (AMR)
คำนิยาม	**AMR**เป็นการประเมินระบบจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพอย่างบูรณาการ(Integrated AMR Management System) ของโรงพยาบาล5 กิจกรรมสำคัญ โดยการประเมินตนเอง (self assessment) ผ่านระบบรายงานกองบริหารการสาธารณสุข ปีละ 2 ครั้ง (ธันวาคม 2562และ มิถุนายน 2563) และการแปลผลจะแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ	การแปรผลการประเมิน	คะแนนเต็ม 500 คะแนน
ระดับ1	มีการดำเนินการได้ไม่เพียงพอ (Inadequate)	0 - 149 คะแนน
ระดับ2	มีการดำเนินการพื้นฐาน (basic)	150–249 คะแนน และข้อบังคับ Basic > 0 คะแนน
ระดับ3	มีการดำเนินการปานกลาง (Intermediate)	250–349 คะแนน และข้อบังคับ Basic และIntermediate > 0 คะแนน
ระดับ4	มีการดำเนินการขั้นสูง (Advance)	350 - 500 คะแนน และข้อ Basic และIntermediate > 0 คะแนน

รายละเอียดการประเมิน 5 กิจกรรมสำคัญ

กิจกรรม AMR (download แบบประเมินตนเอง ได้ทาง https://goo.gl/qtJLuv)

1.กลไกการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ (Governance mechanism on AMR) (100 คะแนน)

(1) คณะกรรมการที่มีบทบาทด้านการจัดการ AMR (2) มีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ (3) เป้าหมายการจัดการ AMR ที่ชัดเจน (4) แผนการขับเคลื่อนมาตรการ AMR(5) การกำกับติดตามข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน (6) โรงพยาบาลให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือ และบุคลากรเพื่อการแก้ไขปัญหา (7) มีการจัดการ AMR อย่างบูรณาการในระดับเขต เพื่อให้ระบบมีความเข้มแข็งและยั่งยืน

2. การเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ (100 คะแนน)

(1) การตรวจ identify เชื้อแบคทีเรียตามมาตรฐาน (2) การเลือกชนิดของยาในการทดสอบความไวของเชื้อตามมาตรฐาน (3) ระบบ Lab Alert (4) ระบบการเฝ้าระวังพิเศษในเชื้อดื้อยาสำคัญสอดคล้องกับการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาระดับประเทศ (5) การจัดทำAntibiogramตามมาตรฐานอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง (6.)การรายงานการเฝ้าระวังเชื้อดื้อยาทางห้องปฏิบัติการ (7) ระบบบันทึกผลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยาแบบอิเล็กทรอนิกส์ (8) มีการพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการอย่างต่อเนื่อง เช่น CQI, R2R (9) รพ.ระดับ A,S มีการรายงานเชื่อมโยงกับระดับประเทศ (NARST) (10) การประสานความร่วมมือในการขับเคลื่อนร่วมกับเขตสุขภาพ ศูนย์วิทยาศาสตร์ฯ สคร.เขต

3.การควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาล (100 คะแนน)

(1)การวางระบบการคัดเลือก กระจาย และควบคุมกำกับดูแลการใช้ยาในโรงพยาบาลและใน เครือข่าย (2) การขับเคลื่อนและกำกับติดตามมาตรการลดการใช้ยาในโรค/ภาวะได้แก่ RI, AD, FTW, APL (3) การติดตามปริมาณและมูลค่าการใช้ยาต้านจุลชีพ (4) การกำหนดแนวทางการรักษา/ข้อแนะนำในการเลือกใช้ยาปฏิชีวนะในโรคติดเชื้อที่พบบ่อยและกำกับให้มีการปฏิบัติตามแนวทาง (5) การติดตามและประเมินการใช้ยาปฏิชีวนะที่มีฤทธิ์กว้างหรือสงวนสำหรับเชื้อดื้อยา (6) มาตรการพร้อมแนวปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะ

	อย่างเหมาะสม (7) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (8) ระบบคอมพิวเตอร์ที่สนับสนุนการตัดสินใจเลือกใช้ยาอย่างเหมาะสม (9) มีการประเมินผลที่สอดคล้องตามมาตรการที่ใช้ รวมทั้งสรุปการดำเนินงานและสะท้อนกลับ **4.การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล (100 คะแนน)** (1) จำนวนพยาบาล ICN ที่เพียงพอ (2) การประชุมคณะกรรมการ ICC อย่างสม่ำเสมอ (3) โรงพยาบาลมีโครงสร้างพื้นฐานเอื้อต่อการจัดการ AMR (4) IPC guideline (5) ระบบการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (6) การจัดการเมื่อเกิดการระบาด (Outbreak) (7) การร่วมคิดโดยผู้ปฏิบัติที่ทำงานหน้างาน และมีการประเมินและปรับปรุงแนวปฏิบัติ (8) การสอนและฝึกอบรมทักษะ (9) มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล (HAI Surveillance) (10) การติดตามสถานการณ์การพบเชื้อดื้อยาทั้ง colonization และ infection (11) มีการกำกับติดตาม วิเคราะห์ และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน IPC **5.การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และระบบจัดการ AMR ของโรงพยาบาล และนำไปสู่มาตรการของโรงพยาบาลในการแก้ปัญหา AMR อย่างบูรณาการ (100 คะแนน)** (1)การวิเคราะห์และสรุปสถานการณ์ปัญหาเชื้อดื้อยาของโรงพยาบาล (2) การติดตามและประเมินระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับ AMR ของโรงพยาบาล (3)มีการตอบสนองต่อการระบาดของเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล โดยสามารถหาปัจจัยเสี่ยง และมีมาตรการการควบคุมการระบาดได้
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	-รพ.ระดับ A,S,M1 ผ่านระบบการจัดการ AMR อย่างบูรณาการ(intermediate) -อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 7.50
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU: โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล HDC/cockpit/รายงานสรุปผล
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปที่มีการจัดการ AMR ระดับ intermediate
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน (ประมวลผลโดยตัดข้อมูลผู้ป่วยซ้ำตามปีปฏิทิน)ใช้ข้อมูลอัตราการติดเชื้อ ตรวจราชการ รอบที่ 1 ใช้ข้อมูล ม.ค.–ธ.ค. 62 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.–ธ.ค. 61) ตรวจราชการ รอบที่ 2 ใช้ข้อมูล ม.ค.–มิ.ย. 63 เทียบกับปีปฏิทิน 61 (ม.ค.–ธ.ค. 61)
วิธีการประเมินผล	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล

เกณฑ์การให้คะแนน(Ranking) ปี 2563

ตัวชี้วัด : ความสำเร็จของการจัดการเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลขนาด (ระดับ A, M1)

วัดผล Ranking 2				
1 คะแนน	**2 คะแนน**	**3 คะแนน**	**4 คะแนน**	**5 คะแนน**
ระดับ 1 ระดับคะแนนน้อยกว่า 250 คะแนน	ระดับ 2 ระดับคะแนน 250-275 คะแนน	ระดับ 3 ระดับคะแนน 276-300 คะแนน	ระดับ 4 ระดับคะแนน 301-349 คะแนน	ระดับ 5 ระดับคะแนน 350-500 คะแนน

เอกสารสนับสนุน	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นางสาวนันทิกร จำปาสา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 096-1966649 โทรสาร : 045-262699 E-mail : Jutharat.216@gmail. 2. นางสาวภาวินี พุฒเขียว เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 081-8793199 โทรสาร :045-262699 E-mail : paput2555@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวนันทิกร จำปาสา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 096-1966649 โทรสาร : 045-262699 E-mail : Jutharat.216@gmail.

ตัวชี้วัด (R39)	**จำนวนสถานบริการที่ให้บริการให้คำปรึกษา คลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนปัจจุบันและแผนไทย** **39.1** ร้อยละ รพศ/รพท. ที่จัดตั้งคลินิกการใช้กัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนไทย **39.2** ร้อยละโรงพยาบาลที่มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชน
คำนิยาม	-**กัญชาทางการแพทย์** หมายถึง สิ่งที่ได้จากการสกัดพืชกัญชา เพื่อนำสารสกัดที่ได้มาใช้ทางการแพทย์และการวิจัย หรือตำหรับตำหรับยาแพทย์แผนไทยที่มีกัญชาปรุงผสมอยู่ โดยคำแนะนำของกรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือกและสภาการแพทย์แผนไทย ที่ให้เสพเพื่อการรักษาโรคและวิจัยได้ ไม่ได้หมายรวมถึงกัญชาที่ยังคงมีสภาพเป็นพืชหรือส่วนประกอบใดๆของพืชกัญชา อาทิ ยอดดอก ใบ ลำต้น ราก เป็นต้น **-อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction: ADR)**เป็นอาการที่สามารถพบได้เมื่อมีการใช้ยาเพื่อการบำบัดรักษา อาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้บางครั้งเป็นเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ และอาจมีความเกี่ยวข้องกับความคลาดเคลื่อนทางยาที่เกิดขึ้นในส่วนของกระบวนการที่เกี่ยวกับการสั่งใช้ยา การจ่ายยา และการบริหารยา หรือติดตามผลหลังจากการใช้ยา **-อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO)**หมายถึงการตอบสนองต่อยาที่เป็นอันตรายและไม่ได้จงใจให้เกิดขึ้น ซึ่งเกิดขึ้นในขนาดการใช้ยาตามปกติในมนุษย์โดยไม่รวมถึงการใช้ยาเกินขนาด (over dose) หรือการจงใจใช้ยาในทางที่ผิด (abuse) จนเกิดอันตราย **-ระบบการเฝ้าระวัง ติดตามการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ ADR จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา** หมายถึง การติดตามเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ในผู้ป่วยที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา โดยกำหนดให้มีแบบฟอร์มประเมินการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (ADR) มีการรายงานผ่านระบบรายงานปัญหาการใช้กัญชา (http://thaihpvc.fda.moph.go.th) และมีการสรุปข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์รายเดือนและรายไตรมาส **-ระดับการติดตาม เฝ้าระวังการใช้กัญชาทางการแพทย์** มี 5 ระดับ โดยต้องมีการดำเนินการ ดังนี้ 1. มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชน 2. มีแนวทางการเฝ้าระวัง ติดตามและรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์(Flow การดำเนินงาน) 3. มีการดำเนินการให้คำปรึกษา&สรุปจำนวนผู้มารับบริการและผลการให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์ 4. มีการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ (ADR) ในผู้ป่วยที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชาทุกรายและสรุปข้อมูลการเกิด ADR จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชารายไตรมาส 5. มีการรายงานข้อมูลการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ (ADR) จากการใช้กัญชาทางการแพทย์ผ่านระบบออนไลน์ทุกรายที่เกิด ADR จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	-มีการจัดตั้งคลินิกการใช้กัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนไทยใน รพศ/รพท. ร้อยละ 80 -มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชน ทุกโรงพยาบาล
วัตถุประสงค์	1.เพื่อเตรียมความพร้อมด้านการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ 2.เพื่อให้บริการข้อมูลความรู้และให้คำปรึกษาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์กัญชาทางการแพทย์ที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั่วไป

	3. พัฒนาระบบบริการและระบบจัดเก็บข้อมูลการให้บริการคลินิกกัญชาทางแพทย์ในโรงพยาบาล 4. เพื่อติดตามประสิทธิภาพ และเฝ้าระวังความปลอดภัย อาการไม่พึงประสงค์ (ADR) จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	RDU : โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลที่เทียบเท่า และหน่วยบริการปฐมภูมิ และชุมชน ซึ่งเป็นพื้นที่ระดับอำเภอ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. แนวทางการเฝ้าระวัง ติดตามและรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้กัญชาทางการแพทย์คลินิกให้คำปรึกษาด้านการใช้กัญชาทางการแพทย์ 2. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาทางการแพทย์ที่ได้รับการติดตามอาการไม่พึงประสงค์ (ADR) 3. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่มีการใช้กัญชาทั้งหมด 4. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ (ADR) จากการใช้ผลิตภัณฑ์กัญชา 5. ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ (ADR) ที่มีการรายงานผ่านช่องทางระบบรายงานปัญหาการใช้กัญชาออนไลน์(http://thaihpvc.fda.moph.go.th) 6.ข้อมูลสรุปผลการให้คำปรึกษาการใช้กัญชาทางการแพทย์
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
รายการข้อมูลที่ 1	A1=จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/รพท. ที่ให้บริการกัญชาทางการแพทย์ A2= จำนวนโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชน
รายการข้อมูลที่ 2	B1= จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/รพท.ทั้งหมด B2= จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณ	1.ร้อยละโรงพยาบาลที่ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์: (A1/B) x 100 2.ร้อยละโรงพยาบาลที่ให้บริการคลินิกให้คำปรึกากัญชทางการแพทย์สำหรับประชาชน : (A2/B) x100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

เกณฑ์การประเมินผลปี 2563

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
พัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาทางการแพทย์	-จัดตั้งคลินิกการใช้กัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนไทยใน รพศ/รพท. -จัดตั้งระบบการติดตามผลการรักษา/อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา/ระบบการส่งต่อ -จัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษากัญชาทางการแพทย์สำหรับประชาชน	รายงานผลการดำเนินงานทบทวนระบบการดำเนินงาน	สรุปผลการดำเนินงาน

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking ปี 2563

วัดผล Ranking รอบที่ 1 และรอบที่ 2				
1 คะแนน ระดับที่ 1	**2 คะแนน ระดับที่ 2**	**3 คะแนน ระดับที่ 3**	**4 คะแนน ระดับที่ 4**	**5 คะแนน ระดับที่ 5**
รพ.ได้รับใบอนุญาตจำหน่ายยาเสพติดให้โทษประเภทที่ 5 เฉพาะกัญชา	รพ.มีแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีระบบการส่งแลดำเนินงานเฝ้าระวังการใช้กัญชาทางการแพทย์ในข้อ 1 และ 2	รพ.มีแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ มีระบบการส่งและดำเนินงานเฝ้าระวังการใช้กัญชาทางการแพทย์ในข้อ 1 , 2 และ 3	รพ.ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์และการดำเนินงานเฝ้าระวังการใช้กัญชาทางการแพทย์ในข้อ 1 , 2 , 3และ 5	รพ.ให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์ และการดำเนินงานเฝ้าระวังการใช้กัญชาทางการแพทย์ในข้อ 1 , 2 , 3 และ 5

หมายเหตุ กรณีโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ให้ประเมินการจัดตั้งคลินิกให้บริการกัญชาทางการแพทย์ร่วมด้วย

วิธีการประเมินผล	การรายงานและการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1. นางสาวนันทิกร จำปาสา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 096-1966649 โทรสาร : 045-262699 E-mail : Jutharat.216@gmail. 2. นางสาวภาวินี พุฒเขียว เภสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 081-8793199 โทรสาร :045-262699 E-mail : paput2555@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวนันทิกร จำปาสา เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 096-1966649 โทรสาร : 045-262699 E-mail : Jutharat.216@gmail.

ตัวชี้วัด (R40)	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรคและฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
คำนิยาม	**1. ผู้ป่วยนอก** หมายถึง ประชาชนที่มารับบริการตรวจวินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่นแพทย์แผนไทยแพทย์แผนไทยประยุกต์แพทย์แผนจีนแพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพนักวิชาการสาธารณสุขเป็นต้น **2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย** หมายถึง บริการการตรวจวินิจฉัยรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพเช่น - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ - การทับหม้อเกลือ - กานวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก - การทำหัตถการอื่นๆตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทยหรือการบริการอื่นๆที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง **3. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก** หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบันและการแพทย์แผนไทยเช่นฝังเข็มการแพทย์ทางเลือกอื่นๆหรือการบริการอื่นๆที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง **4. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสถานีอนามัยสถานบริการสาธารณสุขชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	มากกว่าร้อยละ 19.5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีคุณภาพครอบคลุมหน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	- 43 แฟ้ม (Service/ Person/ Diagnosis_opd/ Drug_opd/ Procedure_opd/ Provider)
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข*โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A-Y) หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U77 หรือ U77x)*
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก*โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการที่มีรหัส 3 หลักขึ้นต้นด้วย U50-U76 และ U78-U79การจ่ายยาที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย 41 หรือ 42 การให้หัตถการ (900-77-00 ถึง 900-78-88)หัตถการส่งเสริมสุขภาพ (900-79-00 ถึง 900-79-99) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส z*

สูตรคำนวณ	(B/A) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)
วิธีการประเมินผล:	-ข้อมูลจาก HDC สสจ.อุบลราชธานี -ข้อมูลจากการนิเทศงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

1. **การบริการเชิงรุก (คะแนน 15 คะแนน)**
   - 1.1 ทับหม้อเกลือ (5 คะแนน)
   - 1.2 Stroke (5 คะแนน)
   - 1.3 ผู้สูงอายุ / NCD (5 คะแนน)
2. **พัฒนาบริการ (คะแนน 10 คะแนน)**
   - 2.1 คลินิกครบวงจร 4 กลุ่มโรค (5 คะแนน)
   - 2.2 อบรมทางไกล (5 คะแนน)
3. **ยาสมุนไพรทดแทน (ผู้ป่วยนอก) (5 คะแนน)**
4. **สร้างองค์ความรู้ (10 คะแนน)**
   - 4.1 ปลูก/ถ่ายทอดสมุนไพร (5 คะแนน)
   - 4.2 วิจัย/วิจัย R2R (5 คะแนน)
5. **KPI ร้อยละผู้ป่วยนอกได้รับบริการแพทย์แผนไทย (เกณฑ์ร้อยละ 19.5)(40 คะแนน)**
6. **KPI ร้อยละการจ่ายยา สมุนไพร (เกณฑ์ร้อยละ 6) (20 คะแนน)**

คะแนนเต็ม 100 คะแนน

เอกสารสนับสนุน	คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
รายงาน TTM	ร้อยละ	-	-	-
รายงาน HDC	ร้อยละ	19.91	24.50	21.64

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางภัลลภา โสตถิสวัสดิ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-8770338 โทร.045-262692 ต่อ 2101 E-mail : panlapa_49@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ ผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางภัลลภา โสตถิสวัสดิ์ ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โทรศัพท์มือถือ : 081-8770338 โทร.045-262692 ต่อ 2101 E-mail : panlapa_49@hotmail.com

ตัวชี้วัด (R41)	การจัดการงานทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ
คำนิยาม	**การจัดการงานทันตสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ** หมายถึง การบริหารจัดการด้านระบบบริการ ข้อมูล รายงาน และทรัพยากรทันตสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านทันตสุขภาพที่เป็นเลิศ ตามนโยบายสำคัญของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ภาพรวมอำเภอ ตัวชี้วัดที่สำคัญประกอบด้วย 1.ร้อยละการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 30) 2.ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90) 3.ร้อยละ รพ., รพ.สต. และ ศสม. ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข (ผ่านร้อยละ80) 4. ร้อยละ รพ. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน fee schedule งานทันตสาธารณสุข (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50) 5.ผลงาน Out standing วิชาการและนวัตกรรมด้านทันตสุขภาพ (มีผลงานระดับจังหวัดขึ้นไป) 6.มีการดำเนินงานระบบบริหารจัดการครุภัณฑ์ทันตกรรมระดับอำเภอ/รพ.สต. (ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด) 7. มีการเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลในการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีทันตกรรมใน รพ. และ รพ.สต.ทุกแห่งที่มีทันตาภิบาลประจำ โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขการประเมินของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบและกำหนดเกณฑ์คะแนน Ranking ในแต่ละรอบตามแนวทางที่ได้กำหนดให้นี้

เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี 2563	
<u>รอบที่</u> 1 มีกระบวนการพัฒนางาน ดังนี้ 1. มีข้อมูลพื้นฐาน และสรุปผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา 2. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย 3. มีการถ่ายทอดตัวชี้วัด, Ranking, fee schedule งานทันตสาธารณสุขสู่ระดับ รพ.สต. 4. ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขระดับ รพ.สต. มีความเข้าใจตัวชี้วัด, Ranking, feescheduleงานทันตสาธารณสุข 5. มีกระบวนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน 6. ร้อยละการขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลในการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตน กรณีทันตกรรมใน รพ. และ รพ.สต.ทุกแห่งที่มีทันตาภิบาลประจำ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100) **<u>รอบที่</u> 2** ผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้ 1.ร้อยละการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 30) 2. ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 90) 3. ร้อยละ รพ., รพ.สต. และ ศสม. ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข(ผ่านร้อยละ80) 4. ผลงาน Out standing วิชาการและนวัตกรรมด้านทันตสุขภาพ (มีผลงานระดับจังหวัดขึ้นไป) 5. มีการดำเนินงานระบบบริหารจัดการครุภัณฑ์ทันตกรรมระดับอำเภอ/รพ.สต. (ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด)	
วัตถุประสงค์	-เพื่อติดตามผลการดำเนินงานด้านทันตสาธารณสุข -เพื่อเพิ่มรายรับในการจัดบริการให้กับหน่วยบริการfeeschedule และผู้ประกันตน -เพื่อให้เกิดความครอบคลุมการให้บริการทันตกรรมในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ -เพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรด้านทันตสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-หน่วยบริการทุกระดับ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.

วิธีจัดเก็บข้อมูล	-จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี -จากรายงานข้อมูลด้านบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข -จากรายงานผลงานที่ผ่านการคัดเลือกหรือได้รับรางวัลระดับต่างๆ -จากรายงาน DMIS seamless -จากรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข -จากรายงานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม -จากการนิเทศงานผสมผสานและเฉพาะกิจ
รายการข้อมูลที่ 1	รอบที่ 1 ประเมินกระบวนการพัฒนางานทันตสาธารณสุขจำนวน 6 ข้อ
รายการข้อมูลที่ 2	รอบที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานทันตสาธารณสุข จำนวน 5ข้อ
สูตรคำนวณ	1) ร้อยละการจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม A=จำนวนเงินในการจัดซื้อวัสดุทันตกรรม B=จำนวนเงินวัสดุทันตกรรมตามแผน สูตร = A/B*100 2) ร้อยละความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาของรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข A= จำนวนครั้ง การรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุขถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา B= จำนวนครั้ง การรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุขที่ต้องส่งทั้งหมด (12 ครั้ง) สูตร = A/B*100 3) ร้อยละ รพ., รพ.สต. และ ศสม. ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข A= จำนวน รพ., รพ.สต. และ ศสม. ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข B= จำนวน รพ., รพ.สต. และ ศสม. ทั้งหมด สูตร = A/B*100 4) ร้อยละ รพ. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน fee schedule งานทันตสาธารณสุข A = จำนวน รพ.,รพ.สต. และ ศสม. ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน fee schedule งานทันตสาธารณสุข B = จำนวน รพ., รพ.สต. และ ศสม. ทั้งหมด สูตร = A/B*100 5) ร้อยละการขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลในการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนกรณีทันตกรรมใน รพ และ รพ.สต.ทุกแห่งที่มีทันตาภิบาลประจำ A = จำนวน รพ.,รพ.สต. และ ศสม. ที่ขึ้นทะเบียนเป็นสถานพยาบาลในการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ประกันตนที่มีทันตาภิบาลอยู่ประจำ B = จำนวน รพ., รพ.สต. และ ศสม. ที่มีทันตาภิบาลอยู่ประจำทั้งหมด สูตร = A/B*100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ (รอบที่ 1 ต.ค.62- มี.ค.63) (รอบที่ 2 เม.ย.63- ก.ย.63)

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

<u>รอบที่ 1</u> มีกระบวนการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ครบทั้ง 6 ข้อ

1 คะแนน	2คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มีกิจกรรม 2 ข้อ	มีกิจกรรม 3 ข้อ	มีกิจกรรม 4 ข้อ	มีกิจกรรม 5 ข้อ	มีกิจกรรม 6 ข้อ

ที่มา สรุปผลการนิเทศงานผสมผสานและเฉพาะกิจ

<u>รอบที่ 2</u> ผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ครบ 5ข้อ

1 คะแนน	2คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่าน 1ข้อ	ผ่าน 2ข้อ	ผ่าน 3ข้อ	ผ่าน 4ข้อ	ผ่านครบ 5ข้อ

ที่มา

- โปรแกรม HDC กระทรวงสาธารณสุข
- รายงานข้อมูลด้านบริหารเวชภัณฑ์ สำนักบริหารสาธารณสุข
- รายงานผลงานที่ผ่านการคัดเลือกหรือได้รับรางวัลระดับต่างๆ
- รายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข
- รายงาน DMIS seamless
- รายงานการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการทางการแพทย์ สำนักงานประกันสังคม
- รายงานสรุปผลการนิเทศงานผสมผสานและเฉพาะกิจ

เอกสารสนับสนุน

- แนวทางการงานดำเนินงาน fee schedule ทันตสาธารณสุข
- แนวทางการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการทันตกรรม สำหรับให้บริการผู้ประกันตน

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
1. การจัดซื้อร่วมวัสดุทันตกรรม	ร้อยละ	-	-	33.7
2. ความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ของรายงานตัวชี้วัด (KPI)	ร้อยละ	-	78.4	78.30
3.รพ., รพ.สต. และ ศสม. ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัด	ร้อยละ	-	83.2	35.6
4.รพ. และ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ การดำเนินงาน fee schedule	ร้อยละ	-	-	-

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
โทร.สำนักงาน 045-262-692 อีเมลล์ namphet09@hotmail.com
โทรมือถือ 081-877-3764

หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล

กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน

นายประสิทธิ์ คุณแสนใส โทร 083-9664754 อีเมลล์ mistersitty@yahoo.com

ตัวชี้วัด (R42)	คุณภาพการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย
คำนิยาม	**คุณภาพการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย** หมายถึง ผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพตามกลุ่มวัย 4 กลุ่มวัย ดังนี้ ก่อนวัยเรียน วัยเรียน วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ ตามเกณฑ์ที่กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีกำหนด ประเมินผู้ปฏิบัติงานระดับพื้นที่อำเภอ (ภาพรวมอำเภอ) โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขการประเมินของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข โดยตัวชี้วัดที่สำคัญประกอบด้วย **1.Fee schedule** - หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดฟัน และขูดหินปูน (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70) - เด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจล หรือ ทาฟลูออไรด์วานิช (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50) -เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และ ซี่ 7 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50) 2.มีการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อย 1 โรงเรียนต่อ 1 รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ 3. ร้อยละของผู้ประกันตนในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับบริการทางทันตกรรม (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ80) 4. มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์การดำเนินกิจกรรมด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อย 1 แห่ง ต่อ 1 รพ.สต. ที่มีทันตาภิบาลประจำ 5. ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80) และผู้สูงอายุมีคู่สบฟันหลัง 4 คู่ขึ้นไป (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60) โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขการประเมินของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบและกำหนดเกณฑ์คะแนน Ranking ในแต่ละรอบตามแนวทางที่ได้กำหนดให้นี้

เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563 ประเมินคะแนน Ranking ปี 2563

<u>รอบที่ 1</u> มีกระบวนการพัฒนางาน ดังนี้

1. มีข้อมูลพื้นฐาน และสรุปผลการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา
2. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย
3. มีการถ่ายทอดตัวชี้วัด,Ranking, fee schedule งานทันตสาธารณสุขสู่ระดับ รพ.สต.
4. ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขระดับ รพ.สต. มีความเข้าใจตัวชี้วัด,Ranking, fee schedule งานทันตสาธารณสุข
5. มีกระบวนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน

<u>รอบที่ 2</u> มีผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

1. Fee schedule

- หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ขัดฟัน และขูดหินปูน(ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 70)
- เด็กอายุ 4-12 ปี ได้รับการเคลือบฟลูออไรด์เจลหรือทาฟลูออไรด์วานิช (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50)

-เด็กอายุ 6-12 ปี ได้รับบริการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ 6 และ ซี่ 7 (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 50)

2.มีการดำเนินงานโรงเรียนต้นแบบด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อย 1 โรงเรียนต่อ 1 รพ.สต.ที่มีทันตาภิบาลประจำ

3. ร้อยละของผู้ประกันตนในหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับบริการทางทันตกรรม (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ80)

4. มีการดำเนินงานชมรมผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์การดำเนินกิจกรรมด้านทันตสุขภาพ อย่างน้อย 1 แห่ง ต่อ 1 รพ.สต. ที่มีทันตาภิบาลประจำ

5. ร้อยละผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองรอยโรคก่อนมะเร็งช่องปาก (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80) และผู้สูงอายุมีคู่สบฟันหลัง 4 คู่ขึ้นไป (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60)

<u>รอบที่ 1</u>

มีกระบวนการพัฒนางานทันตสาธารณสุข ครบทั้ง 5 ข้อ

1 คะแนน	2คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มีกิจกรรม 1 ข้อ	มีกิจกรรม 2 ข้อ	มีกิจกรรม 3 ข้อ	มีกิจกรรม 4 ข้อ	มีกิจกรรม 5 ข้อ

<u>รอบที่ 2</u>

ผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ครบ 5 ข้อ

1 คะแนน	2คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่าน 1 ข้อ	ผ่าน 2 ข้อ	ผ่าน 3 ข้อ	ผ่าน 4 ข้อ	ผ่านครบ 5 ข้อ

ที่มา

- รายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
- รายงาน Ub-simsจังหวัดอุบลราชธานี
- รายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข
- สรุปผลการดำเนินงาน 1 page
- สรุปผลการนิเทศงานผสมผสานและเฉพาะกิจ

วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันทางทันตสุขภาพ4 กลุ่มวัย ดังนี้ ก่อนวัยเรียน วัยเรียน วัยทำงาน และวัยผู้สูงอายุ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตรับผิดชอบหน่วยบริการ รพศ./รพท./รพช./ รพ.สต.
วิธีจัดเก็บข้อมูล	จากรายงาน HDC จังหวัดอุบลราชธานี จากรายงาน Ub-simsจังหวัดอุบลราชธานี จากรายงานตัวชี้วัด (KPI) งานทันตสาธารณสุข จากสรุปผลการดำเนินงาน 1 page จากการนิเทศงานผสมผสานและเฉพาะกิจ
รายการข้อมูลที่ 1	รอบที่ 1 ประเมินกระบวนการพัฒนางานทันตสาธารณสุขจำนวน 5 ข้อ
รายการข้อมูลที่ 2	รอบที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานทันตสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ
สูตรคำนวณ	A=จำนวนกลุ่มเป้าหมายได้รับบริการ B=จำนวนกลุ่มเป้าหมายทั้งหมดของแต่ละอำเภอ สูตร = (A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ (รอบที่ 1 ต.ค.62- มี.ค.63) (รอบที่ 2 เม.ย.63- ก.ย.63)
เอกสารสนับสนุน	- สิทธิประโยชน์ด้านทันตกรรมในแต่ละสิทธิ์แต่ละกลุ่มวัย - เกณฑ์การประเมินด้านทันตสุขภาพ ศพด. รร. สถานที่ทำงาน และชมรมผู้สูงอายุ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง ตำแหน่ง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร.สำนักงาน 045-262-692 อีเมลล์namphet09@hotmail.com โทรมือถือ 081-877-3764
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายประสิทธิ์ คุณแสนใส โทร 083-9664754อีเมลล์: mistersitty@yahoo.com

ตัวชี้วัด (R43)	ระดับความสำเร็จการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (1อำเภอ 1 โรงเรียน) (เน้นโรงเรียน ตชด.ทุกแห่ง)
คำนิยาม	**โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง โรงเรียนที่ดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพนักเรียนแบบองค์รวม มีการบูรณาการงานร่วมกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งเน้นให้เด็กนักเรียนมีสุขภาพที่ดี โดยโรงเรียนเป้าหมายทุกแห่ง ต้องได้รับการคัดกรองด้านสุขภาพตามเกณฑ์ และมีกิจกรรมการแก้ไขปัญหาสุขภาพให้แก่นักเรียนอย่างเป็นรูปธรรม บูรณาการ 14 โครงการ 9 กิจกรรมบริการดำเนินการภายใต้ 4 มาตรการ คือ 1. การบูรณาการพัฒนาบุคลากร และการดำเนินงานโครงการงานอนามัยโรงเรียน 2. การบริการคัดกรองสุขภาพนักเรียน ครอบคลุม ครบถ้วน และมีคุณภาพ 3. การขับเคลื่อนนโยบาย การแก้ไขปัญหา และการพัฒนางานอย่างมีส่วนร่วม 4. การบูรณาการการประเมินผลโรงเรียนที่เน้นผลลัพธ์ที่นักเรียน

14 โครงการ	9 บริการ
1. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	**การคัดกรองและบริการสุขภาพ**
2. โรงเรียนรอบรู้ 3 ด้าน	1.ตรวจสุขภาพนักเรียน
3. TO BE Number One	2.ตรวจร่างกาย 10 ท่า
4. SMART school RDU	3.ตรวจการได้ยิน/การมองเห็น
5. โรงเรียนปลอดบุหรี่ 7 มาตรการหลัก	4.คัดกรอง 4 กลุ่มโรค
6. โนโน่ ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในโรงเรียน	5.คัดกรองโลหิตจาง ธาลัสซีเมียเด็กป.1
7.โรงเรียนต้นแบบด้านทันตสาธารณสุข	6.วัคซีน EPI
8.จิตอาสาเยาวชน ทำความดีด้วยใจ	7.บริการทันตกรรม เช่น ตรวจฟัน เคลือบหลุมร่องฟัน ฟลูออไรด์, กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน
9.โรงเรียนสุขบัญญัติ 10 ประการ	8.ตรวจสอบประวัติการรับวัคซีนในนักเรียนเข้าใหม่ชั้นอนุบาล ประถมศึกษาและมัธยมตอนต้น
10. โครงการ อย.น้อย +อสร.	9.ตรวจหาหนอนพยาธิในกลุ่มนักเรียน
11.ส่งเสริมกิจกรรมให้ความรู้เมนูอาหารลดหวาน มัน เค็ม ส่งเสริมไม่ให้มีการขายน้ำอัดลมน้ำหวาน	
12. โครงการพัฒนาทักษะชีวิตวัยรุ่น	
13. โครงการป้องกันเด็กจมน้ำ	
14. โครงการโรงเรียนสุขภาพดีวิถีไท	

โดยให้เป็นไปตามเงื่อนไขการประเมินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 2 รอบและกำหนดเกณฑ์คะแนน Ranking ในแต่ละรอบตามแนวทางที่ได้กำหนดให้นี้

เกณฑ์การประเมิน Ranking ปี 2563

<u>รอบที่ 1</u> มีกระบวนการพัฒนางาน ดังนี้

1. มีข้อมูลพื้นฐานการดำเนินกิจกรรมโรงเรียนครอบคลุม14 โครงการ 9 กิจกรรมบริการ
2. มีโรงเรียนเป้าหมาย และมีPM ในกระบวนการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน
3. มีการจัดทำแผนงาน/โครงการครอบคลุมทุกกิจกรรมและกลุ่มเป้าหมาย

4. มีการถ่ายทอดนโยบายและรายละเอียดการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพสู่ระดับพื้นที่
5. ภาคีเครือข่าย มีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

รอบที่ 2 ผลลัพธ์การดำเนินงาน ดังนี้

1. โรงเรียนเป้าหมายทุกแห่ง ผ่านการประเมินตนเอง และประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองขึ้นไป โดยทีมระดับอำเภอ
2. เด็กนักเรียนทุกคน ได้รับการคัดกรอง 4 กลุ่มโรค และเด็กนักเรียนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงทุกคน ได้รับการส่งต่อเพื่อรับการประเมินซ้ำและวินิจฉัย
3. โรงเรียนเป้าหมายทุกแห่ง มีการประเมินตนเองและผ่านเกณฑ์โรงเรียนปลอดบุหรี่ 7 มาตรการ
4. โรงเรียนเป้าหมายทุกแห่ง มีการจัดทำโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้กับนักเรียน
5. โรงเรียนเป้าหมายทุกแห่ง ปลอดโรค คือ ไม่เกิดโรคระบาดในโรงเรียน, ปลอดภัย คือ ไม่มีอุบัติเหตุในโรงเรียน และรอบรู้ คือ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กนักเรียน

วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามผลการดำเนินงานโครงการต่างๆ ในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมการให้บริการคัดกรองในเด็กนักเรียน เพื่อการบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันในทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงเรียนประถมศึกษา เป้าหมาย 1 รพ.สต. 1 โรงเรียน (รร.ตชด.ทุกแห่ง)
วิธีจัดเก็บข้อมูลแหล่งข้อมูล	จากรายงานการตรวจคัดกรองสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง จากรายงานการให้บริการสุขภาพนักเรียน รายงานกิจกรรม/แผนงาน/โครงการ แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพนักเรียน
รายการข้อมูลที่ 1	รอบที่ 1 ประเมินกระบวนการพัฒนางานทันตสาธารณสุขจำนวน 5ข้อ
รายการข้อมูลที่ 2	รอบที่ 2 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานทันตสาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ
เป้าหมายการดำเนินงาน	1) โรงเรียนเป้าหมายทุกแห่ง 2) นักเรียนทุกคน
สูตรคำนวณ	ประเมินระดับความสำเร็จการดำเนินงาน
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 รอบ (รอบที่ 1 ต.ค.62- มี.ค.63) (รอบที่ 2 เม.ย.63- ก.ย.63)

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

รอบที่ 1 มีกระบวนการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ครบทั้ง 5ข้อ

1 คะแนน	2คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มีกิจกรรม 1ข้อ	มีกิจกรรม 2ข้อ	มีกิจกรรม 3ข้อ	มีกิจกรรม 4ข้อ	มีกิจกรรม 5ข้อ

ที่มา สรุปผลการนิเทศงานผสมผสานและเฉพาะกิจ

รอบที่ 2 ผลลัพธ์การดำเนินงานผ่านเกณฑ์ครบ 5ข้อ

1 คะแนน	2คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
ผ่าน 1ข้อ	ผ่าน 2ข้อ	ผ่าน 3ข้อ	ผ่าน 4ข้อ	ผ่านครบ 5ข้อ

ที่มา

1.จากรายงานการตรวจคัดกรองสุขภาพและปัจจัยเสี่ยง
2.จากรายงานการให้บริการสุขภาพนักเรียน
3.รายงานกิจกรรม/แผนงาน/โครงการ แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพนักเรียน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี อีเมลล์ namphet09@hotmail.com โทรมือถือ 065-919-8166
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางจารุวรรณ สุดไธสง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทร. 081-9568255

ตัวชี้วัด (R44)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่พัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้ตามมาตรฐาน GREEN&CLEAN hospital
คำนิยาม	**โรงพยาบาลพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์** Green & Clean Hospital หมายถึง มีกระบวนการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อ การมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การประกาศนโยบายการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น **5 ส.** การประหยัดพลังงาน การจัดการขยะ ฯ โดยมีประเด็นการพัฒนา คือ การจัดการขยะทุกประเภท การพัฒนาห้องน้ำให้สะอาด การประหยัดพลังงาน การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสุขาภิบาลอาหาร ตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง มีการสร้างนวัตกรรมด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม และขยายสู่ชุมชนเป็น **GREEN Community** การพัฒนาระดับ **GREEN&CLEAN HospitalPlus** หมายถึง การพัฒนาโรงพยาบาล **GREEN&CLEAN Hospital** ผ่านระดับดีมาก และผ่านเกณฑ์ โรงพยาบาลอาหารปลอดภัย และ ผ่านมาตรฐานด้านอาชีวอนามัย
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	1. ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีมากขึ้นไป ร้อยละ 75 2. ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus ร้อยละ 30
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยบริการ ระดับโรงพยาบาลได้รับการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN&CLEAN
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินGREEN & CLEAN และการสุ่มประเมิน
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
รายการข้อมูลที่ 1	A1 :จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป A2 :จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus
รายการข้อมูลที่ 2	B :จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณ	A1/B*100 A2/B*100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 6 เดือน 12 เดือน

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

เกณฑ์การประเมิน

ระดับพื้นฐานคือ มีการพัฒนาผ่านเกณฑ์ ข้อ 1 ถึงข้อ 10

ขั้นตอนที่ 1 สร้างกระบวนการ (นโยบาย แผน) ข้อที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การดำเนินการกิจกรรม GREEN ข้อที่ 2-9

ระดับดี คือ มีการพัฒนาระดับพื้นฐานและมีการพัฒนากิจกรรมเพิ่มเติม 2 ข้อ คือ

ข้อที่ 11 มีการพัฒนาส้วมในอาคารผู้ป่วยในให้ได้มาตรฐาน HAS

ข้อที่ 12 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ

ระดับดีมากคือ มีการพัฒนาระดับดี และมีการพัฒนากิจกรรมเพิ่มเติม 2 ข้อ คือ

ข้อที่ 13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายชุมชน

ข้อที่ 14 มีการสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community

ระดับดีมาก Plus คือ มีการพัฒนาระดับดีมาก และผ่านเกณฑ์มาตรฐานเพิ่มเติม 2 เรื่อง คือ

มาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย

มาตรฐานการดำเนินงานอาชีวอนามัยในโรงพยาบาล

การให้คะแนน	กิจกรรมการดำเนินงาน
1 คะแนน	มีแผนพัฒนา GREEN& CLEAN Hospital และมีผลการประเมินตนเอง
2 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน
3 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ระดับดี
4 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก(4) หรือ รับการประเมิน Plus(4.5)
5 คะแนน	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก Plus

Based Line Data

Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
		2560	2561	2562
	-ระดับพื้นฐาน	86.21%	100%	100%
	-ระดับดีขึ้นไป	13.79%	79.31%	100%
	-ระดับดีมากขึ้นไป	6.90%	27.59%	44.83%
	-ดีมาก Plus	-	-	17.24%

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นางสาวปิยะนุช บุญทศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.094-562-4651
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวปิยะนุช บุญทศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ตัวชี้วัด (R45)	**ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมิน ITA**
คำนิยาม	**การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ** (Integrity and Transparency Assessment : ITA) เป็นการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินการของหน่วยงานภาครัฐ สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญและจำเป็นในการประเมิน จำแนกองค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย ประเด็นการประเมิน และแปลงไปสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ใน 5 ดัชนี ได้แก่ 1. ดัชนีความโปร่งใส (Transparency) 2. ดัชนีความพร้อมรับผิด (Accountability) 3. ดัชนีความปลอดจากการทุจริตในการปฏิบัติงาน4. ดัชนีวัฒนธรรมคุณธรรมในองค์กร (Integrity Culture) และ 5. ดัชนีคุณธรรมการทำงานในหน่วยงาน (Work Integrity) กระทรวงสาธารณสุขกำหนดมาตรการ 3 ป. 1 ค. ในการป้องกันการทุจริต ประกอบด้วย (1) ปลุกจิตสำนัก (2) ป้องกัน (3) ปราบปราม และ (4) เครือข่าย มุงการป้องกันการทุจริตให้เข้มแข็งและมีประสิทธิภาพผ่านกระบวนการประเมินคุณธรรมความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ยึดหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานภาครัฐในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหาร และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายใต้หน่วยงาน ตลอดจนการประเมิน“ระบบงาน” ที่มีลักษณะที่ดีตามธรรมาภิบาล รวมไปถึงการประเมิน “วัฒนธรรม” ในหน่วยงานที่มุ่งการเสริมสร้างวัฒนธรรมและค่านิยมสุจริต จุดเน้นหนักคือการประเมินตนเอง (Self Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้ จากเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) หน่วยงานเป้าหมายคือ สสจ. รพศ. รพท. รพช. และ สสอ. ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 52 แห่ง

<table>
<tr><td>เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563</td><td>หน่วยงานผ่านเกณฑ์การประเมินร้อยละ 90</td></tr>
<tr><td>วัตถุประสงค์</td><td>1.ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
2.เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการของหน่วยงานมีประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล
3.เพื่อนำผลการประเมินไปรับปรุงพัฒนาตนเองด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงาน</td></tr>
<tr><td>ประชากรกลุ่มเป้าหมาย</td><td>รวมทั้งสิ้น จำนวน 52 แห่ง จำแนกดังนี้
1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1 แห่ง
2. โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 4 แห่ง
3. โรงพยาบาลชุมชน /สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง จำนวน 47 แห่ง
ประเมินตนเอง (Self Assessment) ตามแบบสำรวจเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำนวน 26 ข้อ (EB1-26) เพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานให้เกิดความโปร่งใสและตรวจสอบได้</td></tr>
<tr><td>วิธีจัดเก็บข้อมูล</td><td>จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมาย ที่ตอบคำถามและเอกสาร/หลักฐาน หรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องตามข้อคำถามตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริง และให้คะแนนการประเมินฯ ตามรอบการประเมิน 4 ไตรมาส ไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (ธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (มีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (มิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (กันยายนของทุกปี)
กำหนดคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้
<table>
<tr><td>ไตรมาสที่ 1</td><td>ไตรมาสที่ 2</td><td>ไตรมาสที่ 3</td><td>ไตรมาสที่ 4</td></tr>
<tr><td>ระดับขั้นความสำเร็จ (5 ระดับ)</td><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 90</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>แหล่งข้อมูล</td><td>แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based Integrity andTransparency Assessment : EBIT)ที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช.</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูลที่ 1</td><td>A=จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base)ผ่านเกณฑ์ร้อยละ90(ใน 1ปี)</td></tr>
<tr><td>รายการข้อมูลที่ 2</td><td>B= จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA</td></tr>
<tr><td>สูตรคำนวณ</td><td>(A/B) ×100</td></tr>
<tr><td>ระยะเวลาประเมินผล</td><td>ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4
หมายเหตุ :
หน่วยงานจำนวน 52 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)</td></tr>
</table>

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

หน่วยงานจำนวน 52 หน่วยงาน ประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการ ปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใส ตรวจสอบได้ ตามแบบประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1- ไตรมาส 4 ดังนี้

การประเมินรอบไตรมาสที่1(ตุลาคม-ธันวาคมของทุกปี)

Small Success :ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ ข้อEB 1–EB 4

ค่าเป้าหมายคือ ระดับคือระดับ 5

เกณฑ์การให้คะแนน

1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
1 ข้อ (EB)	2 ข้อ (EB)	3 ข้อ (EB)	-	4ข้อ (EB)

ระดับขั้นความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
1คะแนน	หลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 1 ข้อของ (EB 1-EB4)
2คะแนน	หลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 2 ข้อของ (EB 1-EB4)
3คะแนน	หลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 3 ข้อของ (EB 1-EB4)
5คะแนน	หลักฐานเชิงประจักษ์ประเด็นการจัดซื้อจัดจ้าง จำนวน 4 ข้อของ (EB 1-EB4)

การประเมินรอบไตรมาสที่2(มกราคม - มีนาคมของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ EB 1-EB 26

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 3 ร้อยละ 80

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
-	-	80	85	90

การประเมินรอบไตรมาสที่3(เมษายน - พฤษภาคมของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ EB 1-EB 26

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 4 ร้อยละ 85

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
-	-	80	85	90

คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

การประเมินรอบไตรมาสที่4(มิถุนายน - กันยายนของทุกปี)

ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อEB 1-EB 26

ค่าเป้าหมายคือ ระดับ 5 ร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ 5 ต่อ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
-	-	80	85	90

Based Line Data	Based Line data	หน่วยวัด	ปีงบประมาณ (พ.ศ.)		
			2560	2561	2562
	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมิน	ร้อยละ	100 (52 หน่วยงาน)	100 (52 หน่วยงาน)	100 (52 หน่วยงาน)

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางฉัฐฉวี ใจแก้ว หัวหน้าศูนย์ธรรมาภิบาล กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 081-470-8565 2.นางสาวเสาวลักษณ์ ภาคทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.086-648-2118
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	ศูนย์ธรรมาภิบาล กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์045-262-692 ต่อ 1234
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางฉัฐฉวี ใจแก้ว หัวหน้าศูนย์ธรรมาภิบาล กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 081-470-8565 2.นางสาวเสาวลักษณ์ ภาคทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 086-648-2118

ตัวชี้วัด (R46)	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน
คำนิยาม	**หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน** หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงินระดับ 7 (Risk Scoring) ดังนี้

ประเภทดัชนีชี้วัด	น้ำหนักความรุนแรงของความเสี่ยง (Risk Score)	คำอธิบาย
1. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์		กลุ่มแสดงความคล่องสภาพสินทรัพย์
1.1 CR < 1.5	1	CR = สินทรัพย์หมุนเวียน / หนี้สินหมุนเวียน
1.2 QR < 1.0	1	QR = เงินสด รายการเทียบเท่าเงินสดและลูกหนี้ / หนี้สินหมุนเวียน
1.3 Cash < 0.8	1	Cash Ratio = เงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสด / หนี้สินหมุนเวียน
2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน		กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน
2.1 แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NWC< 0	1	เงินทุนหมุนเวียน = สินทรัพย์หมุนเวียน หัก หนี้สินหมุนเวียน
2.2 แสดงฐานะจากผลประกอบการ (รายได้สูง/ต่ำกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ) NI < 0	1	ผลประกอบการสุทธิ = รายได้ -ค่าใช้จ่าย
3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง มี 2 มิติ		กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงิน
3.1 มิติ NWC หรือทุนหมุนเวียน ที่เพียงพอรับภาระการขาดทุนเฉลี่ยต่อเดือน (กรณี NWC เป็นบวก &มี NI ติดลบ)		กลุ่มแสดงเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรงสามารถดูได้ทั้ง 2 มิติ
a) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอาจหมด > 6 เดือน	0	เนื่องจากทั้ง 2 มิติ มีผลกระทบต่อความอยู่รอดของหน่วยบริการ
b) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ > 3 เดือน ไม่เกิน 6 เดือน	1	* กรณีมีทุนหมุนเวียนคงเหลือแต่มีผลการดำเนินงานขาดทุน หรือ
c) ระยะเวลาทุนหมุนเวียนอยู่ได้ <หรือ = 3 เดือน	2	

	3.2 มิติ ผลกำไรจากการดำเนินการ เพียงพอกับภาระหนี้สินหมุนเวียน (กรณี NWC ติดลบ &มี NI เป็นบวก)		
	a) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 6 เดือน	2	* กรณีมีกำไรจากผลการดำเนินงาน แต่ขาดเงินทุนหมุนเวียน
	b) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก > 3 เดือนไม่เกิน 6 เดือน	1	
	c) ผลกำไร สามารถปรับ NWC เป็นบวก <หรือ = 3 เดือน	0	
	3.3 กรณี NWC ติดบวก &มี NI เป็นบวก	0	
	3.4 กรณี NWC ติดลบ &มี NI เป็นลบ	2	
	การประเมินสถานะการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ 7 คะแนน มีความเสี่ยงทางการเงินสูงสุด		
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ไม่มีหน่วยบริการที่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7		
วัตถุประสงค์	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ระบบรายงานสถานะทางการเงินของโรงพยาบาลสังกัด สป. ที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ) ทุกวันที่ 15 ของเดือนถัดไป		
วิธีจัดเก็บข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ		
แหล่งข้อมูล	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ที่มีวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7		
รายการข้อมูลที่ 1	B= จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระดับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด		
รายการข้อมูลที่ 2	(A/B) x 100		
สูตรคำนวณ	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4		

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

ลำดับ	กิจกรรมดำเนินงาน	เอกสารประกอบการประเมิน/คะแนนแต่ละกิจกรรม
1	มีการประชุมคณะกรรมการ CFO ทุกเดือน	ตรวจรายงานการประชุมกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการเงินการคลัง มีครบทุกเดือน = 2 คะแนน ทุก2เดือน = 1 คะแนน มีการประชุม = 0.5 คะแนน ไม่มี = 0 คะแนน
2	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์รายได้	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์รายได้ = 1 คะแนน ไม่มีคำสั่ง = 0 คะแนน
3	มีการประชุมคณะกรรมการศูนย์รายได้ทุกเดือน	รายงานการประชุมกำหนดประเด็นการจัดเก็บรายได้แต่ละกองทุนตามแผนการเงินการคลัง วิเคราะห์/ปัญหา/แนวทางแก้ไข ที่ส่งผลกระทบต่อการจัดเก็บ ประชุมทุกเดือน = 1 คะแนน มีประชุม = 0.5 ไม่มี = 0
4.	รายได้ตามเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว	รายได้ตามเกณฑ์= 1 คะแนน รายได้ไม่ตามเกณฑ์= 0 คะแนน
5	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ ณ เดือนที่ปิดบัญชีแล้ว	ค่าใช้จ่ายไม่เกินเกณฑ์ = 1 คะแนน ค่าใช้จ่ายเกินเกณฑ์= 0 คะแนน
6	เจ้าหนี้การค้าไม่เพิ่มจากยอดยกมาเดือน กันยายน 2561	เจ้าหนี้การค้าไม่เพิ่ม= 1 คะแนน เจ้าหนี้การค้าเพิ่ม= 0 คะแนน
7	คงคลังรวมไม่เกิน 2 เดือน	ไม่เกิน 2 เดือน= 1 คะแนน มากกว่าเกิน 2 เดือน= 0 คะแนน
8	การบริหารต้นทุน(Unit Cost)ไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนด	ไม่เกินเกณฑ์= 1 คะแนน เกินเกณฑ์= 0 คะแนน
9	NI+ ณ เดือนปิดบัญชีแล้ว	NI+= 1คะแนน NI-= 0 คะแนน
10	Risk Score 0-3	Risk Score 0-3= 1คะแนน Risk Score 4-6= 0.5 คะแนน Risk Score 7= 0 คะแนน

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	1.นางรำไพ สุวนาม กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ 081-7180941 2.นายปรีชา ทองมูล กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม โทร. 089-7228810
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	คณะกรรมการ CFO สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางรำไพ สุวนาม หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ 081-7180941 2.นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม โทร. 089-7228810

ตัวชี้วัด (R47)	ร้อยละของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล
คำนิยาม	**คุณภาพข้อมูล** หมายถึง คุณภาพของข้อมูลบริการสุขภาพ ตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับและสถานบริการปฐมภูมิ สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้ (Health Information Exchange HIE) ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน และใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลร่วมกัน ตลอดจนเพื่อเตรียมรับการปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานของข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพื่อให้ได้รูปแบบข้อมูลสุขภาพที่เหมาะสมกับการใช้งาน และตรงตามวัตถุประสงค์ **การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล** ตรวจสอบจากข้อมูลที่หน่วยบริการส่งผ่าน Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ 2563 ประเมินจากข้อมูลบุคคล (Person) ซึ่งเป็นข้อมูลประชาชนที่มารับบริการในหน่วยบริการนั้นๆ ประกอบด้วย 1.ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (CID) 2.ข้อมูลเพศ (sex) 3.ข้อมูลสัญชาติ (nation) 4.ข้อมูลวันเกิด (birth) 5.ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ 1.ข้อมูลเลขประจำตัวประชาชน (cid) -ไม่เป็นค่าว่าง หรือ ตรงตามหลัก mod11 กรณีสัญชาติไทย 2.ข้อมูลเพศ (sex) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน 3.ข้อมูลสัญชาติ (nation) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน หากสัญชาติไทย ต้องไม่มี labor และหากเป็นต่างด้าว ต้องมีข้อมูลใน labor ด้วย 4.ข้อมูลวันเกิด (birth) -เมื่อคำนวณอายุของผู้มารับบริการเทียบจากวันที่รับบริการแล้ว ต้องไม่มีค่าติดลบ และไม่เกิน 120 ปี 5.ข้อมูลสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย (discharge) -ตรงตามรหัสมาตรฐาน -กรณีเป็นสถานะ ยังไม่จำหน่าย เมื่อตรวจสอบกับแฟ้ม DEATH ต้องไม่มีข้อมูลของบุคคลนั้น ระยะเวลาในการประเมินผล : ประเมินทุกวันที่ 1 ของเดือน ในไตรมาสที่เป็นรอบการประเมินนั้นๆ (1 ธันวาคม, 1 มีนาคม, 1 มิถุนายน และ 1 กันยายน) ตามเกณฑ์คุณภาพ 4 มิติ ประกอบด้วย 1.ความถูกต้องของข้อมูล (Accuracy) 2.ความสอดคล้อง (Consistency) 3.ความครบถ้วน สมบูรณ์ (Completeness) 4.ความทันต่อการใช้งานหรือทันเวลา (Timeliness)
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 80

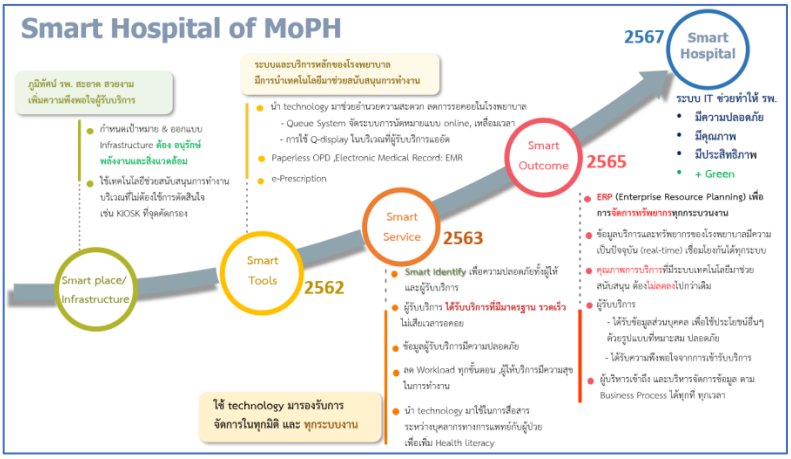
วัตถุประสงค์	1.เพื่อพัฒนาคุณภาพของข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพในหน่วยบริการทุกระดับ ครอบคลุมหน่วยบริการสุขภาพสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งและพิจารณาขยายผลการดำเนินงานในโรงพยาบาลสังกัดกรมวิชาการ กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง ในปีต่อไป 2.เพื่อจัดเตรียมโครงสร้างข้อมูลพื้นฐานบริการสุขภาพที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการแลกเปลี่ยนและเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพภายใต้การปรับเปลี่ยนโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลสุขภาพรูปแบบอื่นๆ 3. เพื่อให้ผู้รับผิดชอบฐานข้อมูลการบริการกลุ่มสำคัญ บันทึกผลงานลงในโปรแกรม UB- sims
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลบริการสุขภาพ จากหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. การบันทึกข้อมูลในระบบสารสนเทศของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูล ผ่านระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) ของจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. การสุ่มสำรวจข้อมูลหน่วยบริการ โดยคณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูล 43 แฟ้มของหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	1. หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง 2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด 3. Health data center :HDCศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณ	คุณภาพข้อมูล = (A/B) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	3, 6, 9 และ 12 เดือน
วิธีการประเมินผล :	- ประเมินจากคุณภาพข้อมูลที่บันทึกตามคู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 - จากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขประเมินรายหน่วยบริการ/รายจังหวัด

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

ค่าคะแนน	เงื่อนไขรอบ 6 เดือน	เงื่อนไขรอบ 12 เดือน
5 คะแนน	1.มีหน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ 2.มีการบันทึกผลงาน UB-sims มากกว่าร้อยละ 80	1.มีหน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์มากกว่า ร้อยละ 80 ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ -2.มีการบันทึกผลงานUB-sims มากกว่าร้อยละ 80
3 คะแนน	1.มีหน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 - 79.99 ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ 2.มีการบันทึกผลงาน UB-sims ร้อยละ 60-79	1.มีหน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 - 79.99 ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ 2.มีการบันทึกผลงาน UB-sims ร้อยละ 60-79

	1 คะแนน	1.มีหน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ 2.มีการบันทึกผลงาน UB-sims น้อยกว่าร้อยละ 60	1.มีหน่วยบริการ มีคุณภาพข้อมูลผ่านเกณฑ์น้อยกว่า ร้อยละ 60 ของหน่วยบริการในเขตรับผิดชอบ 2.มีการบันทึกผลงาน UB-sims น้อยกว่าร้อยละ 60

เอกสารสนับสนุน	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล 3. คู่มือการปฏิบัติงาน การจัดเก็บและจัดส่งข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 (http://spd.moph.go.th/healthdata/)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางหรรษา ชื่นชูผล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08-9845-2255 E-mail : hunsa_c@hotmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางหรรษา ชื่นชูผล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์มือถือ : 08-9845-2255 E-mail : hunsa_c@hotmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ตัวชี้วัด (R48)	**ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น smart Hospital**
คำนิยาม	**Smart Hospital** หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการที่มีคุณภาพดี มีความปลอดภัย และทันสมัยอย่างเป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม  1) Smart Place/Infra-structure โรงพยาบาลมีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน GREEN&CLEAN Hospital ของกรมอนามัย และจัดตกแต่งสถานที่ให้สวยงาม ดูมีความทันสมัย (Digital Look) ช่วยเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

2) Smart Tools

โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ให้มีความถูกต้องแม่นยำ สะดวกรวดเร็ว ลดความเสี่ยงความผิดพลาดต่างๆ ลดระยะเวลา เพิ่มความปลอดภัย และเพิ่มความพึงพอใจของผู้รับบริการ อาทิ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์อัตโนมัติ ระบบบริหารจัดการคิว รูปแบบดิจิทัล รูปแบบออนไลน์

3) Smart Services

โรงพยาบาลมีการบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการพัฒนาองค์กรตามแผนพัฒนารัฐบาลดิจิทัลของประเทศไทย และ พระราชบัญญัติการบริหารงานและการให้บริการภาครัฐผ่านระบบดิจิทัล พ.ศ. 2562 เช่น การยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ การจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) การใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ การลดระยะเวลารอคอยรับบริการ การมีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม เป็นต้น

4) Smart Outcome

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

5) Smart Hospital

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

เกณฑ์การประเมินผล

On Digital Process

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

*** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนงานที่มีประสิทธิภาพ ***

	** BPM: Business Process Management : การบริหารจัดการกระบวนงาน **ที่มีประสิทธิภาพ** **ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 กำหนดเกณฑ์การประเมินหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้** 1)Smart Place 1.1**ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look** 2) **Smart Tools (อย่างน้อย 2 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)** 2.1 Queue: มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ 2.2 Queue: มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด เช่น คิวพบแพทย์ 2.3 Devices: มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) อย่างน้อย 1 อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ 3) **Smart Services (อย่างน้อย 4 ข้อ ไม่เรียงลำดับ)** 3.1 BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ 3.2 BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (EMR : Electronic Medical Records) 3.3 BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (OPD ทุกห้องตรวจ) 3.4 BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย 1 จุด บริการ OPD 3.5 BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม • รพ. ระดับ A, S, M1, M2 80% • รพ. ระดับ F1, F2, F3 50% • รพ. นอกสังกัด สป. 80%
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	•เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย •โรงพยาบาลภาครัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใช้เทคโนโลยี ดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ •บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

	•เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้าน ดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	• เป้าหมายที่ 1 หมายถึง รพ. ระดับ A, S, M1, M2 • เป้าหมายที่ 2 หมายถึง รพ. ระดับ F1, F2, F3 • เป้าหมายที่ 3 หมายถึง รพ. นอกสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข • หน่วยบริการ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน หน่วยบริการสังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค
วิธีจัดเก็บข้อมูล	● หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย รายงานผลการดำเนินงานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ● หน่วยบริการในกลุ่มเป้าหมาย สังกัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค รายงานผลการดำเนินงานไปยังศูนย์ไอทีกลางของกรม
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค
รายการข้อมูลที่ 1	A1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ที่เป็นSmartHospital A2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ที่เป็น SmartHospital A3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ที่เป็น SmartHospital
รายการข้อมูลที่ 2	B1 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 1 ทั้งหมด B2 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 2 ทั้งหมด B3 = จำนวนหน่วยบริการกลุ่มเป้าหมายที่ 3 ทั้งหมด
สูตรคำนวณ	(A1 / B1) x 100 , (A2 / B2) x 100 , (A3 / B3) x 100
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2, 3 และ 4 (6, 9 และ 12 เดือน)
วิธีการประเมินผล :	1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบผลการดำเนินงานและจัดส่งรายงานผลไปยังกองบริหารการสาธารณสุข 2. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ตรวจสอบข้อมูลการใช้โปรแกรม Smart Health ID ในกระบวนการยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการและจัดส่งรายงานผลไปยังกองบริหารการสาธารณสุข

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

คะแนน	เกณฑ์การประเมิน
1 คะแนน	1.ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital (ขั้นพื้นฐาน) 2.Smart tool ดำเนินการกิจกรรม อย่างน้อย 1 ข้อ (ไม่เรียงลำดับ) 3.Smart Service ดำเนินกิจกรรม อย่างน้อย 2 ข้อ (ไม่เรียงลำดับ)
2 คะแนน	1.ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital (ขั้นพื้นฐาน) 2.Smart tool ดำเนินการกิจกรรม อย่างน้อย 2 ข้อ (ไม่เรียงลำดับ) 3.Smart Service ดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย3ข้อ (ไม่เรียงลำดับ)
3 คะแนน	1.ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital (**ขั้นดีมากขึ้นไป)** 2.Smart tool ดำเนินการกิจกรรม อย่างน้อย 1 ข้อ (ไม่เรียงลำดับ) 3.Smart Service ดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 2 ข้อ (ไม่เรียงลำดับ)
4 คะแนน	1.ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital (**ขั้นดีมากขึ้นไป**) 2.Smart tool ดำเนินการกิจกรรม อย่างน้อย 2 ข้อ (ไม่เรียงลำดับ) 3.Smart Service ดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 3 ข้อ (ไม่เรียงลำดับ)
5 คะแนน	1.ผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN hospital (**ขั้นดีมากขึ้นไป**) 2.Smart tool ดำเนินการกิจกรรม อย่างน้อย 2 ข้อ (ไม่เรียงลำดับ) 3.Smart Service ดำเนินกิจกรรมอย่างน้อย 4ข้อ (ไม่เรียงลำดับ)

<table>
<tr><td>เอกสารสนับสนุน</td><td>1. คู่มือการติดตั้ง Smart Health ID (โปรแกรมเรียกใช้ข้อมูลประชาชนกลาง จาก Population Information Linkage Center กรมการปกครอง)
2. คู่มือการติดตั้ง Q4U (โปรแกรมจัดการ Queue แจ้งเตือนลำดับเรียกผ่าน H4U app.)
3. คู่มือการติดตั้งเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sign) เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ
4. แนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital</td></tr>
<tr><td>Based Line Data</td><td><table>
<tr><td rowspan="2">Based Line data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ปีงบประมาณ (พ.ศ.)</td></tr>
<tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td></tr>
<tr><td>ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>• รพศ./รพท.</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>90.76</td></tr>
<tr><td>• รพช.</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>69.67</td></tr>
<tr><td>• กรม</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>71.15</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>นางหรรษา ชื่นชูผล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : 08-9845-2255 E-mail : hunsa_c@hotmail.com
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข</td></tr>
<tr><td>หน่วยงานประมวลผลและ
ผู้จัดทำข้อมูล</td><td>กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี</td></tr>
<tr><td>ผู้รายงานผลการดำเนินงาน</td><td>นางหรรษา ชื่นชูผล หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
โทรศัพท์มือถือ : 08-9845-2255 E-mail : hunsa_c@hotmail.com
สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข</td></tr>
</table>

ตัวชี้วัด (R49)	ร้อยละของอำเภอมีการบริหารจัดการด้านแผนอย่างมีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	**ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผน** หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอมีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพ เป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผนรวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล แผนเงินบำรุง แผนงบอื่นๆ เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ 3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่ 4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย 5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล 7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด 8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 9) มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบการวางแผนในรอบต่อไป
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการบริหารจัดการแผน ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องนโยบายระดับจังหวัด,เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับแผนการเงินการคลัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานของพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ
แหล่งข้อมูล	แผนปฏิบัติการเครือข่าย/รายงานการเบิกจ่ายงบโครงการ
รายการข้อมูลที่ 1	A = เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ 5
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามรอบที่ 1 เดือนมีนาคม รอบที่ 2 เดือนสิงหาคม
วิธีการประเมินผล	1.จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานของพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ 2.ตรวจสอบจากการดำเนินงานตามแผนในห้วงเวลาที่กำหนด

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563	
ระดับความสำเร็จ	**เกณฑ์**
ระดับ 1	1.มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2.มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขจากผลงานรอบปีที่ผ่านมา 3.มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน
ระดับ 2	มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย
ระดับ 3	1.มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2.มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล
ระดับ 4	มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล มีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด และแผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา (น้อยกว่า ร้อยละ 80)
ระดับ 5	แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงาน**ตามห้วงเวลา**ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 ร้อยละ 80 –84.99= 0.25 คะแนน ร้อยละ 85–89.99 = 0.50 คะแนน ร้อยละ 90 –94.99 = 0.75 คะแนน มากกว่าร้อยละ 95 = 1 คะแนน **หมายเหตุ** ประเมินแผนปฏิบัติการไม่รวมโครงการที่ใช้งบกองทุนสุขภาพตำบล

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นางอุษณีย์ เกิดมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.อุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางหรรษา ชื่นชูผล หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th

ตัวชี้วัด (R50)	ร้อยละการเบิกจ่ายงบ Non UC (สนง.สสอ.) มีประสิทธิภาพ
คำนิยาม	งบประมาณ(งบดำเนินงาน) หมายถึง เงินงบประมาณ (งบดำเนินงาน)ที่ได้รับจัดสรรและได้รับโอนเงินประจำงวดตามผลผลิตงบ Non-UC ปีงบประมาณ 2563
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 50 ไตรมาสที่ 4 (วัดสิ้นเดือนสิงหาคม 2563) เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้แผนการใช้จ่ายเงินเป็นเครื่องมือในการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานและการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้ตัวชี้วัดร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณตามแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บรรลุด้วยเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง
วิธีจัดเก็บข้อมูล	รายงานสถานการณ์การเบิกจ่ายจากระบบ GFMIS
แหล่งข้อมูล	จากระบบ GFMIS
รายการข้อมูลที่ 1	A = วงเงินงบประมาณ (งบดำเนินงาน) รายจ่ายที่ส่วนราชการได้เบิกจ่าย
รายการข้อมูลที่ 2	B = วงเงินงบประมาณ (งบดำเนินงาน) รายจ่ายที่ส่วนราชการได้รับจัดสรร
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ 1 มีนาคม .2563 รอบที่ 2 สิงหาคม 2563
วิธีการประเมินผล	ประเมินจากการเบิกจ่ายในระบบ GFMIS

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 1	<ร้อยละ 44	ร้อยละ 44-45	ร้อยละ 46-47	ร้อยละ 48-49	≥ร้อยละ 50
รอบที่ 2 (ผลงานสะสม)	<ร้อยละ 94	ร้อยละ 94-95	ร้อยละ 96-97	ร้อยละ 98-99	ร้อยละ 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางอุษณีย์ เกิดมี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 081-848-2883 Email : usanee31@yahoo.co.th หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th
หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางหรรษา ชื่นชูผล หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th

ตัวชี้วัด (R51)	ร้อยละการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อม ปีงบประมาณ 2563
คำนิยาม	**งบค่าเสื่อม** หมายถึง งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อเป็นค่าบริการทางการแพทย์ที่เบิกจ่ายในลักษณะงบลงทุน (ค่าเสื่อม) ในรอบปีงบประมาณ 2563
เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงาน รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนด เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอทุกอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ
วิธีจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานงบค่าเสื่อม website สปสช.
แหล่งข้อมูล	website สปสช.
รายการข้อมูลที่ 1	A = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2563 ที่ได้ดำเนินการบันทึกลงใน website สปสช.
รายการข้อมูลที่ 2	B = วงเงินงบค่าเสื่อมปี 2563 ที่ได้รับการจัดสรร
สูตรคำนวณ	(A/B) X 100
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 2 ครั้ง (รอบที่ 1 มีนาคม 2563, /รอบที่ 2 สิงหาคม 2563)
วิธีการประเมินผล	1. ประเมินจากระบบโปรแกรมค่าเสื่อมของ **สปสช.** 2. รายงานงบค่าเสื่อม จาก สนง.สสจ.อุบลราชธานี 3. หลักฐานเชิงประจักษ์ (สำเนาสัญญา/เบิกจ่าย)

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563

รอบประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
รอบที่ 1 **ประเมินการลงนามในสัญญา**	<ร้อยละ 84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	ร้อยละ 95-99	ร้อยละ 100
ไตรมาสที่2 **ประเมินผลการเบิกจ่าย**	<ร้อยละ 84	ร้อยละ 85-89	ร้อยละ 90-94	ร้อยละ 95-99	ร้อยละ 100

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด**	นายรังสรรค์ ศรีล้วน นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 095-613-6676 Email :Rangsan2517@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ **ผู้จัดทำข้อมูล**	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางหรรษา ชื่นชูผล หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 089-845-2255 Email : hunsa_c@hotmail.com หรือ yut_ssjubon@hotmail.co.th

ตัวชี้วัด (R52)	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพบัญชี
คำนิยาม	**คุณภาพบัญชี** หมายถึง การจัดทำบัญชีที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตามกฎหมายและมาตรฐานการบัญชีเป็นสิ่งสำคัญที่สะท้อนผลการดำเนินงาน ฐานะทางการเงินของหน่วยบริการ รวมทั้งการมีธรรมาภิบาลในการดำเนินงาน และเป็นปัจจุบัน ซึ่งประกอบด้วย กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1. การพัฒนาการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMIS 2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี ด้วยอิเล็คทรอนิคส์ 3. การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็คทรอนิคส์มิติด้านงบการเงิน กรอบการประเมินผลการดำเนินงาน 3 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย

การบริหารการเงินการคลัง	เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน	หน่วยสนับสนุน
1. การพัฒนาการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMIS	1.แนวทางการนำเงินนอกเข้า GFMISด้วย บช 01 และ บช.11 2.โปรแกรม Mapping ผัง GL ไปสู่ GFMIS 3.รายงานการประเมินผลความถูกต้องบัญชีเงินสดเงินฝากธนาคารในระบบ GFMIS	กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC)	1. โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชีอิเลคทรอนิคส์ 2. คู่มือตรวจสอบงบทดลอง 3. คู่มือตรวจสอบบัญชี	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
3. การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็คทรอนิคส์มิติด้านงบการเงิน (Electronics Internal Audit :EIA)	1. โปรแกรมประเมินระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็กทรอนิกส์ 5 มิติ Electronics Internal Audit :EIA ด้านมิติงบการเงิน 2.คู่มือการประเมิน 5 มิติ	กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กำหนดน้ำหนักคะแนนแต่ละกิจกรรมดังนี้

1. การพัฒนาการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMIS น้ำหนักร้อยละ 30
2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit: AC) น้ำหนักร้อยละ 40
3. การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็คทรอนิคส์ (Electronics Internal Audit :EIA) มิติด้านงบการเงิน น้ำหนักร้อยละ 30

ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลมีผลคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 จากคะแนนรวม ร้อยละ 100

เกณฑ์ค่าเป้าหมาย ปี2563	ร้อยละ 100

วัตถุประสงค์	1. เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ 2. เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของงบการเงิน 2. ใช้เป็นเครื่องมือปรับประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีจัดเก็บข้อมูล	1. การพัฒนาการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMIS : เก็บข้อมูลจากรายงานงบทดลองจากระบบ GFMIS รายเดือน 2.การพัฒนาคุณภาพบัญชี: เก็บข้อมูลจากระบบอิเลคทรอนิคส์ รายเดือน 3.การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็คทรอนิคส์ (Electronics Internal Audit :EIA) มิติด้านงบการเงิน : เก็บข้อมูลจากระบบอิเลคทรอนิคส์ ไตรมาสที่ 4
แหล่งข้อมูล	จาก Website 1.Webonlineintra.gfmis.go.th 2. www.hfo 63 .cfo.in.th 3. https://jad.moph.go.th/main/eia หรือ https://jad.moph.go.th/app
รายการข้อมูลที่ 1	A=จำนวนโรงพยาบาลที่ได้คะแนนผ่าน
รายการข้อมูลที่ 2	B=จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณ	A/B*100
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) ปี 2563					
องค์ประกอบการประเมิน	**ขั้นตอนที่ 1 (1 คะแนน)**	**ขั้นตอนที่ 2 (2คะแนน)**	**ขั้นตอนที่ 3 (3คะแนน)**	**ขั้นตอนที่ 4 (4คะแนน)**	**ขั้นตอนที่ 5 (5คะแนน)**
1.การพัฒนาการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMIS	หน่วยบริการกำหนดเป็นนโยบายการนำเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMIS	มีผู้รับผิดชอบระดับหน่วยบริการติดตาม กับกับการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMIS รายเดือน	ไม่มีบัญชีเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์ประเภทฝากประจำ	หน่วยบริการนำเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMIS ด้วย บช.11 รายเดือน	หน่วยบริการมีรายงานการประเมินผลความถูกต้องบัญชีเงินสดเงินฝากธนาคารในระบบ GFMIS ถูกต้อง รายไตรมาส
2.การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit: AC)	มีคณะทำงานพัฒนาระบบบัญชีของหน่วยบริการ เพื่อกำหนดประเด็นปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพบัญชี ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากทุกกิจกรรมงานและมีการประชุมอย่างน้อย ทุกไตรมาส	คณะทำงาน มีการรายงานถึงความก้าวหน้าของการแก้ไขปัญหาเสนอต่อผู้บริหาร (ทุกไตรมาส)	มีการเสนอรายงานการเงิน การวิเคราะห์สถานะการเงินของ รพ. เสนอต่อผู้บริหาร (ผอ. รพ.) ทุกไตรมาส	มีรายงานการเงินของลูกข่าย (รพ.สต.) ส่งส่วนกลางได้ครบทุกแห่ง	ผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จเป็นที่ยอมรับ (คุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์หน่วยบริการแม่ข่าย ผ่านเกณฑ์ 100 %)
3.การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็คทรอนิคส์ (Electronics Internal Audit :EIA) มิติด้านงบการเงิน	มี คณะกรรมการ/คณะทำงานระบบตรวจสอบอัตโนมัติ 5 มิติ ของหน่วยงาน	คณะกรรมการ/คณะทำงานฯมีการประเมินแนบไฟล์ตามหัวข้อแบบประเมินที่กำหนดมิติด้านงบการเงิน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2562 เป็นต้นไป	หน่วยบริการดูผลการประเมินตั้งแต่ 1 กรกฎาคม 2563 และเสนอผลการประเมิน มิติด้านงบการเงิน ให้ ผอ.รพ. รับทราบ	หน่วยบริการดูผลการประเมินฯ และมีผลคะแนน มิติด้านงบการเงิน ต่ำกว่า ร้อยละ 90 ต้องจัดทำแผนพัฒนาองค์กรที่พบจุดอ่อน	มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จ -มีผลคะแนนประเมินมิติด้านงบการเงินไม่ต่ำกว่าร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนน	แต่ละไตรมาสจะแบ่งเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละองค์ประกอบการประเมิน เป็น 5 ขั้นตอน โดยพิจารณาจากความสำเร็จของแต่ละขั้นตอนการดำเนินงาน
วิธีการประเมินผล	ผู้ประเมินจะประเมินทุกๆ ขั้นตอนที่มีความสำเร็จ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.การพัฒนาการนำข้อมูลเงินนอกงบประมาณฝากธนาคารพาณิชย์เข้าระบบ GFMIS 2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit: AC) 3. การประเมินระบบควบคุมภายในด้วยอิเล็คทรอนิคส์ มิติด้านงบการเงิน (Electronics Internal Audit :EIA) นางลำดวน ศรีขาว หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

หน่วยงานประมวลผลและผู้จัดทำข้อมูล	1. กองบริหารการคลัง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 2. กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 3. กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 4. กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางลำดวน ศรีขาว โทรศัพท์ 081- 955-5620 (หน.กลุ่มงานบริหารทั่วไป สนง.สสจ.อุบลราชธานี) 2.นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ โทรศัพท์ 082-1591889

ภาคผนวก

รายละเอียด นโยบายสำคัญ
ประเด็น Re-Treat 10 ประเด็น

สรุปประเด็น retreat ปี งบประมาณ2563สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็น :แม่และเด็ก

เป้าหมาย (Target) :เด็กอายุ 0 -5 ปี พัฒนาการสมวัย IQ เฉลี่ย ผ่านเกณฑ์ สูงดี สมส่วน

Situation/baseline :เด็กอายุ 0 -5 ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ 86.05มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 23.52 เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ติดตามได้ ร้อยละ 97.97 เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ ..... เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 97.83การกระตุ้นพัฒนาการยังไม่เป็นไปตาม CPG

มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล	Smallsuccess	M&E
มาตรการที่ 1 : เร่งด่วน - เตรียมความพร้อมเด็กปฐมวัยในเด็กอายุ 42 เดือนเพื่อประเมินIQ ในปี 2564	1. ทบทวนจัดทำฐานข้อมูลเด็กที่จะเข้าประเมิน IQ ในปี 64 (พ.ย.62) **2.**จัดทำชุดรายการตรวจคัดกรองเด็กที่จะเข้ารับการประเมินIQในปี 2564 ให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด (พ.ย.62) 3. กำหนดเดือนรณรงค์ ให้รพ.สต. ประเมินพัฒนาการเด็กพร้อมกันทั้งจังหวัด (1-31 ธ.ค. 62) 4.ทบทวนระบบการส่งต่อเด็กเพื่อกระตุ้นพัฒนากการทุกระดับ (รพศ. รพช. รพ.สต)(พ.ย.62) 5. กำหนดแนวทางการส่งต่อข้อมูล กรณีเด็กย้ายออกนอกพื้นที่ (พ.ย.62)	1. จัดทำทะเบียนข้อมูลเด็กที่จะเข้าประเมิน IQ ในปี 64 (พ.ย.62) 2. ดำเนินการตรวจคัดกรองตามกำหนดห้วงเวลาที่จังหวัดกำหนด (1-31ธ.ค.62) 3. สื่อสารแนวทางการจัดระบบการส่งต่อเด็กที่พัฒนาการล่าช้า จาก รพ.สต. มารับบริการที่ รพช.(พ.ย. 62) 4.ส่งต่อข้อมูล กรณีเด็กย้ายออกนอกพื้นที่ 5. กำหนด PM กำกับ ติดตาม ในระดับ รพ.สต.(พ.ย.62) 6. ติดตามและ Coaching ระดับตำบล (ไตรมาส 1 และ ไตรมาส 2)	1.เตรียมความพร้อมเด็กเพื่อประเมิน IQ ปี 64 โดยใช้ข้อมูลเด็ก 42 plus(พ.ย.62) 2.ประเมินพัฒนาการเด็กกลุ่มเป้าหมาย ตามมูลเด็ก 42 plus(ภายใน ธ.ค.62) 3. กระตุ้นและฝึกทักษะพัฒนาการในกลุ่มสงสัยล่าช้าและติดตามมารับการประเมินซ้ำ (ภายใน ม.ค.63) 4. ประเมินพัฒนาการเด็กที่พัฒนาการไม่ผ่านเกณฑ์ (ตามข้อ 3) (ภายในเดือน ก.พ.63) **5.**จนท.รพ.สต. นำส่ง เด็กที่พัฒนาการไม่ผ่านเกณฑ์ (จากข้อ 4) เข้ารับการกระตุ้นพัฒนาการในคลินิกกระตุ้นพัฒนาการ ของ รพช. ทุกราย	**<u>ไตรมาส 1</u>** 1.เด็ก 42 เดือนได้รับการประเมินพัฒนาการ ≥90 % 2. เด็กที่พัฒนาการไม่ผ่านเกณฑ์ ได้รับการฝึกทักษะทุกราย **<u>ไตรมาส 2</u>** 1. เด็ก 42 เดือนที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามมาประเมินซ้ำ ≥90 % 2. เด็กที่พัฒนาการล่าช้าได้กระตุ้นพัฒนาการ ด้วย TIDA4I ≥95 %	MCH BOARD PM ระดับ จังหวัด PM ระดับอำเภอ Monitor :ผ่าน Ub-SIMs ทุกเดือน

มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล	Smallsuccess	M&E
	5.กำหนด PM ระดับ จังหวัด ระดับอำเภอและติดตามการดำเนินงานทุกเดือน 6. ติดตามและ Coaching ระดับอำเภอตำบล (ไตรมาส 1 และ ไตรมาส 2)				
มาตรการ	**กิจกรรมระดับจังหวัด**	**กิจกรรมระดับอำเภอ**	**กิจกรรมระดับตำบล**	**Smallsuccess**	**M&E**
มาตรการที่ 2 : **Health Activity**	1. ขับเคลื่อน งานอนามัยแม่และเด็ก โดยกลไก MCH board ปรร่วมกับ Service plan สาขาทารกแรกเกิด 1.กำหนดชุดรายการการตรวจคัดกรองและวางระบบการปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน จัดทำ CPG การจัดบริการเด็กปฐมวัย - จว.ส่งจำนวนเด็กเป้าหมายให้อำเภอเพื่อดำเนินการภายใน สิงหาคมของทุกปี - จัดทำแนวทางการให้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก เด็ก 6 เดือน ถึง 2 ปี .จัดระบบการติดตามเด็ก การส่งต่อ ทั้งภายในจังหวัดและนอกเขตจังหวัด	- จัดหาชุดทดสอบการตั้งครรภ์สำหรับสนับสนุน รพ.สต. 1.สนับสนุนยาเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็ก 0-5 ปี โดยใช้งบฯ PP ของเครือข่ายบริการสุขภาพ กลุ่มงานเภสัชต้องดำเนินการจัดซื้อยาให้แล้วเสร็จภายในเดือนพฤศจิกายน **จัดรูปแบบการกินยาวิตามินเสริมธาตเหล็ก** <u>การเบิกจ่าย</u>– รพ.สต.ต้องมาเบิกยาภายในวันที่ 10 ของเดือน จัดระบบการติดตามเด็ก การส่งต่อทั้งภายในจังหวัดและนอกเขตจังหวัด - กำหนดห้วงเวลาที่ต้องตามเด็กมา	- ค้นหาหญิงตั้งครรภ์ เชิงรุก ในชุมชน โดย อสม. 1.คัดกรอง,ติดตามและกระตุ้นพัฒนาการเด็กโดยใช้เครื่องมือ DSPM / TEDA 4I / DAIM 2.คัดกรองและรักษาภาวะโลหิตจาง (เจาะHCTทุกราย) . 3.กำหนดวันประเมินพัฒนาการแยกออกจากวันรับวัคซีน **(ทุกวันพฤหัสของเดือน)** <u>การเบิกจ่าย</u>– รพ.สต.ต้องมาเบิกยาภายในวันที่ 10 ของเดือน <u>การกินยา</u> 1. รพ.สต มีทะเบียนรายชื่อเด็กกลุ่มเป้าหมายให้ อสม. 2. รพ.สต..สื่อสาร อสม.เพื่อให้เด็กกินยาทุกสัปดาห์ ๆละ 1 ครั้ง กำหนดเป็นเช้าวันจันทร์ ของ	<u>ไตรมาส ที่ 1</u> 1. โรงพยาบาลมีแผนการจัดซื้อยาวิตามินเสริมธาตุเหล็กร้อยละ 100 2. ทีมพัฒนางานแม่และเด็กสสจ.อบ.ลง Coaching ครอบคลุม 25 อำเภอ 1. เด็ก 42 เดือนได้รับการตรวจคัดกรองตามชุดรายการที่กำหนด ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 2. หน่วยบริการมีฐานข้อมูลเด็กเปราะบางและจัดบริการเยี่ยมบ้าน อย่างน้อยร้อยละ 90 <u>ไตรมาสที่ 2</u>	

มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล	Smallsuccess	M&E
	- กำหนดห้วงเวลาที่ต้องตามเด็กมารับบริการ - ส่งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบในการตามระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน - กรณีส่งต่อ หน่วยบริการต้นทางต้องประสานข้อมูลกับหน่วยบริการปลายทาง (คณะทำงานที่ดูแลเด็กต้องมาคุยวางระบบด้วยกัน) -จนท.ลงตามถึงบ้านในเด็กที่ถูกส่งต่อหาระบบที่พื้นที่ที่ส่งต่อ 4.กำกับ ติดตาม ประเมินผล ในรูปแบบการ -การลงCoaching พื้นที่จังหวัด อำเภอ ตำบล 3. มหัศจรรย์ 1000วันแรกแห่งชีวิต :เน้นก่อนตั้งครรภ์ ไปสู่ ANC คุณภาพ หลังคลอด การกระตุ้นพัฒนาการเด็กที่บ้าน 3. กำหนด PM ระดับจังหวัด อำเภอ PM จังหวัด: ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการ PM อำเภอ :ผช.สสอ. / ผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการ สสอ.	รับบริการ - ส่งข้อมูลให้ผู้รับผิดชอบในการตามระดับอำเภอ ตำบล หมู่บ้าน - กรณีส่งต่อ หน่วยบริการต้นทางต้องประสานข้อมูลกับหน่วยบริการปลายทาง (คณะทำงานที่ดูแลเด็กต้องจัดให้มี Project manager การวัด IQ คือ Mister IQ 2564 (ระดับอำเภอ)	สัปดาห์กรณีตรงวันหยุดเลื่อนเป็นเช้าวันถัดมา <u>รูปแบบ **ให้เป็นหมู่บ้าน**</u>– โดย อสม.และจนท.เบิกยาให้พอใช้ในแต่ละครั้ง เพื่อนำไปให้เด็กกินในคราวเดียว (1 ขวด : เด็กหลายๆ คน) โดย อสม. <u>(ไม่แนะนำการจ่ายแบบ1 คน :1 ขวด)</u> จัดทำแนวทางการให้ยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก เด็ก 6 เดือน ถึง 2 ปี กิน ครึ่งช้อนชาเด็ก 3 –5 ปี กิน 1 ช้อนนชา **3.**รพ.สต.ประเมินผลในportfolio ทุก 3 เดือน<u>กำหนด</u>ธันวาคม มีนาคม มิถุนายน กันยายน 3.การจ่ายยาน้ำเสริม ธาตุเหล็กตามช่วงอายุในชุมชน (ระบุวันรณรงค์รายสัปดาห์) - 5.จ่ายวิตามินเสริมธาตุเหล็กทุกราย 6. จัดทำ Care Plan ทุกคน porfolio	**1.**เด็กอายุ 6 เดือนถึง 5 ปี ได้รับยาวิตามินเสริมธาตุเหล็ก ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 **2.** จัดบริการเยี่ยมบ้านกลุ่มเด็กเปราะบางในพื้นที่อย่างน้อยร้อยละ 60	

มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล	Smallsuccess	M&E
	ทำหน้าที่ Monitor และแก้ไขปัญหา		4.มีจิตอาสาพัฒนาการ - ติดตาม/ค้นหา (เด็กด้อยโอกาส, เปราะบาง, ทุพโภชนาการ)		
มาตรการ	**กิจกรรมระดับจังหวัด**	**กิจกรรมระดับอำเภอ**	**กิจกรรมระดับตำบล**	**Smallsuccess**	**M&E**
มาตรการที่ 3 : Social Activity	1. มหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต: เน้น ก่อนตั้งครรภ์ ไปสู่ ANC คุณภาพ 2.กลไกการขับเคลื่อน Care plan บุคคล(ออกแบบ)ครอบครัว ชุมชนโดยใช้ พชอ.ร่วมขับเคลื่อนให้เกิดคุณภาพและรูปธรรม 3.เยี่ยมเสริมพลัง/ร่วมประเมิน คณะอนุกรรมการจังหวัด	1. กลไกการขับเคลื่อนกิจกรรมประเพณี โดยผู้นำ (ลูกชุมชน ,หลานนายก, ครอบครัว นายอำเภอ) 2. ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)การบูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 3. ใช้กลไกการขับเคลื่อนด้วย CFT ในการ 4. มีต้นแบบพัฒนาการเด็ก :5 อำเภอ คือ วาริน พิบูล เหล่าเสือโก้กฯ ขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมของชุมชนและท้องถิ่น	1. การใช้ Care plan ในการกำหนดแผนการดูแลบุคคล ครอบครัว ชุมชน 2. การคืนข้อมูลให้ พชอ.(เลขา) 2. กลไก” กองทุนตำบล”ส่งเสริมและแก้ปัญหาในพื้นที่ - นม 90 วัน 90 กล่อง สำหรับหญิงตั้งครรภ์ -นมจืดสำหรับเด็กปฐมวัย - นิทานและของเล่น ตามกลุ่มวัย - สนับสนุน นม ไข่ เพื่อแก้ปัญหาเด็กผอม 3. ธนาคารนมแม่ /มุมนมแม่คือ The must ปีนี้ จากการ Retreat (อยากให้มีทุก รพ.สต. ถ้าเป็นไปได้)ให้ Focus ที่ จนท.ก่อนคะและอำเภอที่มีโรงงาน (Area base)	ไตรมาส ที่ 1 1. วัดเข้าร่วมกิจกรรมทำบุญใส่บาตรด้วยนมจืด อย่างน้อยอำเภอละ 1 วัด 3. จำนวนศูนย์เด็กที่สมัครเข้าร่วมการพัฒนาศูนย์เด็ก EF หรือ Hiscopeอย่างน้อย 2 แห่ง ไตรมาสที่ 2 1..วัดเข้าร่วมกิจกรรมทำบุญใส่บาตรด้วยนมจืด เพิ่มจากไตรมาสที่ 1 อย่างน้อยอำเภอละ 1 วัด 2..ทีมCFCT จังหวัด (สธ. พมจ. ศธ. ท้องถิ่น ภาคปชช.) ลงพื้นที่เยี่ยมเสริม	

มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล	Smallsuccess	M&E
			4. คณะทำงานขับเคลื่อนในพื้นที่/ชุมชน/หมู่บ้านด้วย CFT / CFCT - ส่งเสริมพัฒนาผู้ดูแลหลัก ด้วยกิจกรรม กิน กอด เล่น เล่า นอน เฝ้าดูฟันต้องมีการ Follow อย่างไร - ห้องสมุดนิทานและของเล่นในชุมชน (มีระบบยืมกลับบ้าน) – การออกกำลังกายและแนะนำโภชนาการสำหรับเด็กที่มีปัญหาทุพโภชาการ (อ้วน เตี้ย ผอม) 5. ส่งเสริมเรียนการรู้เด็กปฐมวัย ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก .ศูนย์ส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อความฉลาดเด็กปฐมวัย หลักสูตร (Excecutive Function)และหรือหลักสูตรการพัฒนาแบบ High Scope **<u>พื้นที่</u>** เหล่าเสือโก้ก นาเยีย ศรีเมืองใหม่ และพื้นที่ที่สมัครใจเข้าร่วม Coท้องถิ่น /พมจ. 4. รพ.สต. จัดให้มีหนังสือนิทาน	พลัง โซนละ 2 อำเภอ **ไตรมาสที่ 3** มีธนาคารนมแม่ ในพื้นที่พื้นที่สมัครใจ	

มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล	Smallsuccess	M&E
			และของเล่นในมุมพัฒนาการ โดยจัดระบบให้หญิงตั้งครรภ์ ผู้ปกครอง ได้ยืมหนังสือนิทานมาอ่านให้ลูกฟังเวียนไปจนครบ โดยทีม CFCT จิตอาสา 5. รพ.สต.ร่วมกับ ศพด.และชมรมผู้สูงอายุติดสังคม จัดกิจกรรม **ผู้สูงวัยห่วงใยลูกหลาน** โดยจัดทำแผนให้กลุ่มผู้สูงวัยมาเล่านิทานให้เด็กฟัง หรือมาสอนการทำของเล่นจากภูมิปัญญา ทุกเดือน ๆละ 1 ครั้ง		

สรุปประเด็น retreat ปี งบประมาณ2563สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็น :.ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**เป้าหมาย**

เป้าหมาย (Target) :ประชาชนผู้สูงอายุสุขภาพดี ดูแลตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (กายฟิต จิตดี มีออม ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย)

Situation/baseline: ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในปี2564โดยจะมีผู้สูงอายุร้อยละ20...ของสัดส่วนวัยแรงงานจากรายงานสถานการณ์พบว่า สัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานลดลงอย่างต่อเนื่อง.นขณะที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ

มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล	Small success	M&E
มาตรการที่ 1 : เตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ Pre-aging 45-59 -ส่งเสริมความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม**(กายฟิต จิตดี มีออม)**	1. กำหนดเป้าหมาย หลักการ สร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม แนวทาง กิจกรรม 2. ส่งเสริมหน่วยงานให้เกิดกิจกรรม ป้องกันความเสี่ยง NCD /ส่งเสริมออกกำลังกาย ในระดับองค์กร/บุคคล (กิจกรรม Shopping) จัดทำแบบลงสมัครในโครงการสมัครทางฟอร์ม QR CODE **เน้นหน่วยงาน บุคลากรในสังกัด สสจ.** - เป้าหมาย 136 คน	1.หน่วยงานในสังกัด จัดกิจกรรมส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายได้มีกิจกรรมป้องกันความเสี่ยง NCD / ส่งเสริมออกกำลังกาย ในระดับองค์กร/บุคคล		**ไตรมาสที่ 1** 1.จำนวนบุคคลากรและภาคีเครือข่ายได้รับการพัฒนาอบรมเดือนมี.ค62 ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน) -ดำเนินการ/ประเมินผล ไตรมาสที่ 3 (9เดือน) -ติดตามผลดำเนินการวิเคราะห์ ไตรมาสที่ 4 (12เดือน) -ดำเนินการทำรายงานเดือน/ประเมินผล -การดำเนินการแล้วเสร็จ 80%	

มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล	Small success	M&E
มาตรการที่ 2 : บูรณาการการคัดรองสุขภาวะในกลุ่มผู้สูงอายุและจัดระบบส่งต่อในกลุ่มผู้สู.อายุ (60 ปี ขึ้นไป)	1. กำหนดแนวทางการคัดกรองสุขภาพ ผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ / ระบบส่งต่อ 2.การพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3. กำกับติดตาม ประเมินผลระดับอำเภอ	1. PM ระดับอำเภอกำกับติดตาม ประเมินผล ระดับตำบล 2. จัดระบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ	1. ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุ / ประเมินสภาวะสุขภาพ / ส่งต่อตามระบบ 2. ติดตามดูแลต่อเนื่อง	**ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)** 1.จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อประเมินADL กลุ่มเป้าหมาย/กลุ่มเสี่ยงและวางแผน/โครงการในปี63ภายในพ.ย.62 2.ทบทวนจัดทำ/พัฒนาสื่อ (แนวทางหรือมาตรฐานนวัตกรรมในธ.ค.62 3.ประสาน/ติดตามระบบการดูแลผู้สูงอายุ <u>ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)</u> 1.ผู้สูงอายุได้รับการตรวจคัดกรองม.ค-มี.ค.63 <u>ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)</u> 2.ติดตามและขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุ /โรงเรียนผู้สูงอายุ/วัดส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่ /ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care) 3.กำกับ ติดตามเยี่ยมเสริมพลังพ.ค-กย.63 <u>ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)</u> -การดำเนินการแล้วเสร็จ40%	

มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล	Small success	M&E
มาตรการที่ 3: Social Activity	1. พัฒนาชุดความรู้ด้านสาธารณสุข สำหรับสอน ในโรงเรียนผู้สูงอายุ 2. พัฒนาศักยภาพบุลากรระดับตำบล เพื่อให้ความรู้ผู้สูงอายุ ในโรงเรียน ผู้สูงอายุ 3. ประสานงานภาคีระดับจังหวัด สนับนสนุนเชิงนโยบาย (พม./อปท.)	1. ประสานงานภาคีระดับอำเภอ สนับนสนุนเชิงนโยบาย (พม./อปท.) **จิจตอาสาดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านกลุ่มผู้สูงอายุ (เน้นกลุ่มติดบ้าน) ป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม(จัดทีมจิตอาสาร่วมกับ อปท.)** 2. ขับเคลื่อนประเด็นผ่านกลไก พชอ. **3.โรงเรียนผู้สูงอายุคุณภาพ(เน้นส่งเสริม) เป้าหมาย โรงเรียนผู้สูงอายุ 58 แห่ง** 1. **ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ (ไม่เนินปริมาณ ส่งเสริมสนับสนุนให้ชมรม มีกิจกรรม 3 อ. 2 ส. เน้นให้เกิดอำเภอละ 1-2 ชมรม ขยายผล / ยกระดับชมรมที่ดำเนินการดีอยู่แล้ว)** (50 ชมรม)	1. **จิตอาสาดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านกลุ่มผู้สูงอายุ (เน้นกลุ่มติดบ้าน) ป้องกันอุบัติเหตุจากการหกล้ม (จัดทีมจิตอาสาร่วมกับ อปท.)** 1. **3.โรงเรียนผู้สูงอายุคุณภาพ (เน้นส่งเสริม) เป้าหมาย โรงเรียน ผู้สูงอายุ 58 แห่ง** 3. สร้างความเข้มแข็งของสมาชิกในชมรมผู้สูงอายุ /โรงเรียนผู้สูงอายุในพื้นที่		

รายละเอียดกิจกรรม แนบท้ายเอกสาร

กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม(กายฟิต จิตดี มีออม)

<u>กายฟิต</u>

- การออกกำลังกายต้องต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันครั้งละ30 นาที/มีความรู้โรคไม่ติดต่อ อาทิ เบาหวาน ความดันโลหิต เบาหวาน /มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพเช่นมีการตรวจร่างกายประจำปี

-ป้องกันความเสี่ยง NCD

- ส่งเสริมออกกำลังกาย(3อ. 2ส.)

<u>จิตดี</u>

– มีการประเมินด้วย TMHI -15 / และสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี

- ป้องกันความเสี่ยง จากภาวะซึมเศร้า

<u>มีออม</u>

– ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ด้านการออมเงินผ่านธนาคาร การประกันภัย การประกันชีวิต /มีทัศนคติที่ดีหรือเห็นด้วยในการวางแผนการใช้เงิน/ การออมจากการปลูกต้นไม้แพงสินทรัพย์ให้เป็นทุน

ประเด็น	รายการประเมิน	(รพ.สต.)สำหรับชุมชน	(รพช.ขึ้นไป)สำหรับหน่วยบริการสุขภาพ
1. คัดกรองปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	เบาหวาน	คัดกรองโรคเบาหวาน : การตรวจเลือด	
	ความดันโลหิต	คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง :วัดความดันโลหิต	
	ความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง	คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง(7ข้อ)	
	สุขภาพช่องปาก	ประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ	ตรวจสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร
	สุขภาวะทางตา	คัดกรองสุขภาวะทางตา(5ข้อ)	ประเมินการมองเห็น: Snellen Chart
2. คัดกรองกลุ่ม Geriatric syndromes	สมรรถภาพสมอง	ทดสอบสภาพสมอง : ATM (10ข้อ)	ทดสอบสภาพสมอง MMSE-T 2002(10ข้อ)
	ภาวะซึมเศร้า	คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย2 คำถาม (2Q)	คัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย9 คำถาม (9Q)
	ข้อเข้าเสื่อม	คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม(5ข้อ)	คัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก
	ภาวะหกล้ม	คัดกรองภาวะหกล้ม : TUGT	

	การกลั้นปัสสาวะ	คัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะ	ตรวจประเมินการกลั้นปัสสาวะโดยแพทย์
	ภาวะโภชนาการ	คัดกรองภาวะโภชนาการ :ดัชนีมวลกาย (BMI)	ประเมินภาวะโภชนาการ(6ข้อ)
	ปัญหาการนอน	ประเมินปัญหาการนอน(2ข้อ)	ตรวจประเมินปัญหาการนอนโดยแพทย์
3. ประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล	สมรรถนะผู้สูงอายุ	ประเมินคววามสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน(10ข้อ)	
		คัดกรองผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว	ประเมินผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาว

แนวทางปฏิบัติการคัดกรองสายตาผู้สูงอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เพื่อผ่าตัดต้อกระจก
จังหวัดอุบลราชธานี

การคัดกรองโดย อสม.

๑. ให้ อสม. คัดกรองต้อกระจก ชนิดบอด และชนิดสายตาเลือนราง แบบง่าย โดยให้เจ้าหน้าที่จัดเตรียมข้อมูล รายชื่อผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบ แยกรายหมู่บ้าน ให้ อสม.ที่รับผิดชอบไปคัดกรองตามแบบคัดกรอง (ข้อมูลตาม JHCIS สสจ)

๒. ให้ผู้ถูกคัดกรอง (ผู้สูงอายุ) นั่งห่างจากผู้คัดกรอง (อสม.)
<u>ระยะ ๖ เมตร ผู้คัดกรองชูนิ้ว ๓ นิ้ว</u>
มองเห็น สายตาปกติ บันทึก ในแบบคัดกรอง ว่าอ่านได้ที่ระยะ ๖ เมตร และ
เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช.บันทึกใน Vision ๒๐๒๐ ว่า **เห็น**
มองไม่เห็น ให้ผู้ถูกคัดกรอง (ผู้สูงอายุ) นั่งห่างจากผู้คัดกรอง (อสม.) ระยะ ๓ เมตร

เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช.บันทึกใน Vision ๒๐๒๐ ว่า ไม่เห็น

ระยะ ๓ เมตร ผู้คัดกรองชูนิ้ว ๓ นิ้ว

มองเห็น สงสัยต้อกระจกชนิดเลือนราง บันทึกในแบบคัดกรอง ว่าอ่านได้ที่ระยะ ๓ เมตร เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช.บันทึกใน Vision ๒๐๒๐ ว่า **เห็น**

มองไม่เห็น สงสัยต้อกระจกชนิดบอด บันทึกในแบบคัดกรอง ว่าอ่าน**ไม่ได้**ที่ระยะ ๓ เมตร เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช.บันทึกใน Vision ๒๐๒๐ ว่า **ไม่เห็น**

๓. อสม. ส่ง ผู้สูงอายุ ที่สงสัยต้อกระจก ชนิดเลือนราง และชนิดบอด ไป รพ.สต./รพช. เพื่อวัดสายตาอย่างละเอียด (วัด VA)

การวัดสายตาแบบละเอียด (วัด VA) โดย เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช.

๑. เจ้าหน้าที่ รพ.สต./รพช. วัดสายตาแบบละเอียด (วัด VA with Pin hole) ในผู้สูงอายุที่ ผ่านการคัดกรองจาก อสม. และ สงสัยต้อกระจก ชนิดสายตาเลือนราง และ ต้อกระจกชนิดบอด บันทึกในแบบคัดกรอง และบันทึกใน ค่า VA ใน Vision ๒๐๒๐

๒. ในกรณีที่ VA with PH ๒๐/๒๐๐ สงสัยต้อกระจกชนิดสายตาเลือนราง (Low Vision Cataract) VA with PH น้อยกว่า หรือ เท่ากับ ๒๐/๔๐๐ สงสัยต้อกระจกชนิดบอด (Blinding Cataract) สอบถามประวัติ โรคประจำตัว การแพ้ยา การใช้ยาละลายลิ่มเลือด การผ่าตัดต้อกระจก

๓. ประสานพยาบาลเวชปฏิบัติตา หรือ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล

โซน 1 โรงพยาบาลสรรรพสิทธิประสงค์ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวชิราลงกรณ

โซน 2 โรงพยาบาลตระการพืชผล

โซน 3 โรงพยาบาลวารินชำราบ โรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์

โซน 4 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม

เพื่อนัดหมายการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด

รพ.สรรพสิทธิประสงค์ โทร. ๐๔๕ -

รพ. ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ โทร. ๐๔๕ -

รพ.ตระการพืชผล โทร. ๐๔๕ –

รพ.วารินชำราบ โทร. ๐๔๕ -

รพ.ค่ายสรรพสิทธิประสงค์ โทร. ๐๔๕ -

รพ.สมเด็จพระยุพราชเดชอุดม โทร. ๐๔๕ -

๔. ส่งต่อผู้ป่วยไปรับการผ่าตัด ตามที่ได้ประสานไว้ โดย นำแบบบันทึกการคัดกรองไปด้วย (ใช้เป็นใบส่งต่อ) โดย ทำสำเนาเก็บไว้ที่หน่วยบริการ ๑ ฉบับ เพื่อใช้ติดตามผลการผ่าตัดและให้ผู้ป่วยนำสมุดประจำตัวผู้ป่วย ยาประจำตัว และญาติไปในวันพบจักษุแพทย์ด้วย

พยาบาลเวชปฏิบัติตา / จักษุแพทย์

๑. วัดสายตาแบบละเอียด (วัด VA with Pin hole) บันทึก ตรวจร่างกาย ตรวจตา ให้การวินิจฉัย และการรักษา ในแบบคัดกรอง (ใบส่งต่อ)

๒. ขึ้นทะเบียนผู้ป่วย วันนัดผ่าตัด ในแบบคัดกรอง บันทึก VA การวินิจฉัย วันนัดผ่าตัด ใน Vision Thailand ๒๐๒๐

Blinding Cataract	นัดผ่าตัดภายใน ๓๐ วัน
Low vision Cataract	นัดผ่าตัดภายใน ๙๐ วัน

๓. บันทึกผลการผ่าตัด ใน Vision Thailand ๒๐๒๐

๔. แบบบันทึกการคัดกรอง (ใบส่งต่อ) เพื่อส่งข้อมูลกลับ ให้หน่วยบริการที่ส่งต่อ (รวบรวมส่งให้กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อคัดแยกส่งกลับแต่ละอำเภอ)

แบบเสนอแผนปฏิบัติราชการ ประเด็น Area Base

ปีงบประมาณ งบประมาณ 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็น : Re-Treat เบาหวาน / ความดันโลหิตสูง / ไตเรื้อรัง

ประเด็นที่ต้องการ:

1. **มาตรการที่สำคัญเน้นหนักในปี 63**
    1) สร้างความรอบรู้ (HL) ในการลดหวาน มัน เค็ม ในบ้าน โรงเรียน และชุมชน (บูรณาการกับ Setting โรงเรียน, ชุมชน, HL)
    2) HBP คุณภาพและพัฒนาทักษะ อสม.เรื่องการวัด BP คุณภาพ
    3) ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต
2. **เป้าหมาย :**
    1) 25 อำเภอ
    2) พื้นที่เข้มข้น HBP คุณภาพ : 1 รพ.สต. 1 หมู่บ้าน
    3) พื้นที่ปกติ : ทุก รพ.สต. ดำเนินการตามนโยบาย
3. **โครงการแผนงาน/กิจกรรม ที่ต้องดำเนินการ**

มาตรการที่ 1 สร้างความรอบรู้ (HL) ในการลดหวาน มัน เค็ม ในบ้าน โรงเรียน และชุมชน

บูรณาการกับ Setting โรงเรียน, ชุมชน, HL

มาตรการที่ 2HBP คุณภาพและพัฒนาทักษะ อสม.เรื่องการวัด BP คุณภาพ

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต)
Key Activity HBP คุณภาพ และพัฒนาทักษะ อสม. เรื่องการวัด BP คุณภาพ	1.พัฒนาทักษะของอสม. เกี่ยวกับการวัดความดันโลหิต 2.การติดตามกลุ่มเสี่ยง 3.การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	1. กำหนดนโยบายและชี้แจงระดับอำเภอ 2. พัฒนากรอบการดำเนินงาน แนวทางการที่เป็นมาตรฐาน 3. จัดทำข้อมูล กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มสงสัยป่วย เพื่อทำ HBP สนับสนุนอำเภอ 4. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน HBP คุณภาพ	1.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน HBP ตามนโยบาย ทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และเครื่องวัดความดันโลหิต 2.พัฒนาศักยภาพ จนท.รพ.สต. ในการดำเนินงาน HBP ให้ได้ตามกรอบการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข 3.จัดทำข้อมูล กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มสงสัยป่วย เพื่อทำ HBP สนับสนุนรพ.สต. 4. จัดหาเครื่องวัด BP ให้เพียงพอกับการใช้ในการปฏิบัติงานสำหรับ อสม.ผ่าน พชอ. (งบสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพตำบลหรือ อื่นๆ) 5.ตรวจสอบคุณภาพเครื่องวัด BP ปีละ 1 เครื่อง โดยให้หน่วยงานระดับอำเภอรับผิดชอบในการตรวจสอบคุณภาพ 6. กำหนดพื้นที่ดำเนินงานเข้มข้น รพ.สต.ละ 1 หมู่บ้าน 7. รายงานผลการดำเนินงานให้จังหวัดทุกรายไตรมาส	1. คัดกรองสุขภาพ 2. ติดตามกลุ่มเสี่ยง, กลุ่มสงสัยป่วย เพื่อทำ HBP 3. ดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4.กรณีความดันโลหิตยังสูง ให้ส่งต่อเพื่อรับการวินิจฉัย ทั้งนี้ การดำเนินงานในปี 2563 จะกำหนดแนวทางพื้นที่เข้มข้น เพื่อพัฒนาการดำเนินงาน HBP คุณภาพ ดังนี้ **<u>พื้นที่เข้มข้น</u>**ดำเนินงาน HBP คุณภาพ อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน ต่อ 1 รพ.สต. 1.คัดกรองสุขภาพประชาชน 35 ปี ขึ้นไป 2.พัฒนาศักยภาพ อสม. การทำ HBP ให้ได้มาตรฐาน 3.จัดหาเครื่องวัด BP ให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน 4.ติดตามการดำเนินงาน HBP ของ อสม. 5.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยง 6.สรุปผลการดำเนินงาน ในพื้นที่เข้มข้น

Small success HBP คุณภาพและพัฒนาทักษะ อสม.เรื่องการวัด BP คุณภาพ

M&E	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
1.ประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรอง	-ประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ร้อยละ 60	- ประชากรกลุ่มเป้าหมายอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ ร้อยละ 100		
2.กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม		- กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ 60	- อำเภอ ติดตาม ประเมิน กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ค้นหาปัญหา และหาแนวทางแก้ไข - กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร้อยละ100	- สรุป ประเมิน - ส่งคืนข้อมูล - วางแผนพัฒนาในปีถัดไป
3.กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน		- กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน - พื้นที่ทั่วไป HBP >ร้อยละ 20 - พื้นที่เข้มข้น HBP ≥ร้อยละ 40 - กลุ่มสงสัยป่วย หลัง HBP ได้รับการส่งต่อ เพื่อวินิจฉัย และดูแลรักษา ร้อยละ 100 ทั้งพื้นที่ทั่วไป และพื้นที่เข้มข้น	กลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงในเขตรับผิดชอบได้รับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน - พื้นที่ทั่วไป HBP >ร้อยละ 40 - พื้นที่เข้มข้น HBP ≥ร้อยละ 80 - กลุ่มสงสัยป่วย หลัง HBP ได้รับการส่งต่อ เพื่อวินิจฉัย และดูแลรักษา ร้อยละ100 ทั้งพื้นที่ทั่วไป และพื้นที่เข้มข้น	- กลุ่มป่วยรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัย HT ทุกราย ได้รับการขึ้นทะเบียน ดูแลรักษาในคลินิกNCD - สรุป ประเมิน - ส่งคืนข้อมูล - วางแผนพัฒนาในปีถัดไป
4.พัฒนาทักษะ อสม. ในการทำ HBP คุณภาพ		- จัดอบรมพัฒนาทักษะ อสม. ในการทำ HBP คุณภาพ ให้แล้วเสร็จภายในเดือนมกราคม 2563	- ติดตาม ประเมิน ทักษะ HBP ของ อสม. พร้อมค้นหาปัญหา และให้คำแนะนำ	- สรุป ประเมิน การพัฒนาทักษะ HBP ของ อสม. - ส่งคืนข้อมูล ให้กับ อสม. - วางแผนพัฒนาในปีถัดไป

5.จัดหาเครื่องวัด BP สำหรับ อสม. ให้เพียงพอต่อการดำเนินงาน HBP	- เครื่องวัด BP สำหรับ อสม. เพียงพอต่อการดำเนินงาน HBP * สัดส่วนเครื่องวัดความดันโลหิต BP 1 เครื่อง : อสม 8 คน -ตรวจสอบคุณภาพเครื่องวัด BP ให้มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน	- พื้นที่ทั่วไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องวัด BP ให้มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน ปีละ 1 ครั้งในเดือน มกราคม 2563 -พื้นที่เข้มข้น ตรวจสอบคุณภาพเครื่องวัด BP ให้มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน ในเดือน มกราคม 2563	พื้นที่เข้มข้น ตรวจสอบคุณภาพเครื่องวัด BP ให้มีคุณภาพ พร้อมใช้งาน ในเดือน เมษายน 2563	- สรุปผลการประเมินคุณภาพเครื่องวัด BP - วางแผนจัดหาเครื่องวัด BP ทดแทนในกรณี ชำรุด และเพียงพอสำหรับการใช้งาน
6.สรุปโครงการ HBP คุณภาพ และพัฒนาทักษะ อสม.เรื่องการวัด BP คุณภาพ				- สรุป วิเคราะห์ ประเมินผล และถอดบทเรียน การดำเนินงานโครงการ HBP คุณภาพ และพัฒนาทักษะ อสม.เรื่องการวัด BP คุณภาพ - วางแผนขยายผล HBP คุณภาพ ในปี 64

3. โครงการแผนงาน/กิจกรรม ที่ต้องดำเนินการ(ต่อ)

มาตรการที่ 3ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต.)
Key Activity **ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต**	1. Good DM HT 2. สร้างความตระหนักรู้แก่ ผู้ป่วย 3. พัฒนาคลินิกNCD คุณภาพ	1.ขับเคลื่อนดูแลผู้ป่วย NCD โดยใช้กระบวนการของการประเมิน NCD Clinic Plus 2.จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค รักษา ฟื้นฟู และคุ้มครองผู้บริโภคมีการกระจายให้หน่วยงานนำไปใช้ อย่างเหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่ 3. ถอดบทเรียนการพัฒนาคลินิก NCD 4. ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนางาน NCD 5. ติดตาม กำกับ ประเมินผลการดำเนินงาน	1.สรุป วิเคราะห์โอกาสพัฒนาจากผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 62 และจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานคลินิก ปี 63 เพื่อยกระดับมาตรฐานบริการ 2.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus โดย NCD Board 3.ผลักดันเข้าสู่เวที พชอ."ประชาชนปลอดภัยห่างไกลโรคไตเรื้อรัง" 4.พัฒนาระบบบริการ เน้นลดแออัด 5.ปรับกระบวนการดูแลผู้ป่วย DM,HT โดยทีมสหวิชาชีพ แยกห้องเรียน 3 สีให้เข้มข้น 6.จัดทำคลิปสั้น " วิถีไตเรื้อรัง " เพื่อสนับสนุน รพช.และรพ.สต. 7.จัดกิจกรรมการเยี่ยมคลินิกโรคไต สำหรับผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง 8.คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย DM HT 9.ส่งกลุ่มที่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีไตเรื้อรังเข้าสู่ระบบดูแลรักษา ส่งต่อ 10.เฝ้าระวัง ยาชุด ยาสเตียรอยด์ อาหารเสริม สมุนไพร ขนมกรุบกรอบ (บูรณาการร่วมกับงาน คบส.) 11.พัฒนา ต่อยอดนวัตกรรม การดูแลผู้ป่วย DM HT เช่น กระเป๋าแยกสีของเหล่าเสือโก้ก, DOT DM บุณฑริก, เขื่องในโมเดลของเขื่องใน	1.คัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วย DM HT 2.ส่งต่อกลุ่มสงสัยป่วยไตเรื้อรังเพื่อการวินิจฉัย และดูแลรักษา 3. พัฒนาการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง แยกห้องเรียน 3 สี (DM,HT) 4. พัฒนาระบบการให้บริการ คลินิก NCD ลดแออัด ตามนโยบาย 5. สร้างความตระหนักรู้ของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงผ่านกิจกรรมการเยี่ยมคลินิกโรคไตหรือเยี่ยมบ้านผู้ป่วยล้างไต และชมคลิปสั้น " วิถีไตเรื้อรัง " 6. การสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายกำหนดให้มีการดำเนินงานของชมรมรักษ์ไต อสม.รักษ์ไต 7. จัดตั้งกลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน 8.เฝ้าระวัง ยาชุด ยาสเตียรอยด์ อาหารเสริม สมุนไพร ขนมกรุบกรอบ (บูรณาการร่วมกับงาน คบส.) 9.พัฒนา ต่อยอดนวัตกรรม การดูแลผู้ป่วย DM HT เช่น กระเป๋าแยกสีของเหล่าเสือโก้ก, DOT DM บุณฑริก, เขื่องในโมเดลของเขื่องใน

M&E / Small successผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต

M&E	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
1.สถานบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไปรวมถึงการประเมินกระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ	**เดือน ต.ค.-ธ.ค.62** 1.วิเคราะห์โอกาสพัฒนาจากผลการดำเนินงาน NCD Clinic Plus ปี 62 2.ประชุม NCD Board อย่างน้อยไตรมาสละ 1 ครั้ง 3.จัดทำแผนพัฒนาคุณภาพ การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพคลินิก NCD Clinic Plus ปี 63 4.ประเมินพฤติกรรมบริโภค หวาน มันเค็มในผู้ป่วย DM HT และครอบครัวผู้ป่วย 5.ผู้ป่วย DM HT ได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต ร้อยละ 60 6.กลุ่มสงสัยป่วยไตเรื้อรังทุกรายได้รับการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย และดูแลรักษา 7.จัดประชุมขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิก NCD ผ่าน พชอ./พชต.(บูรณาการกับ Setting โรงเรียน, ชุมชน, Health Literacy)	**เดือน ม.ค.-มี.ค.63** 1.จัดตั้งกลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน 2.จัดตั้งชมรม รักษ์ไต และ ชมรม อสม.รักษ์ไต อย่างน้อย รพ.สต.ละ 1 ชมรม 3.พัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ NCD เน้น “ลดแออัด” และ จัดกิจกรรมห้องเรียน 3 สี 4.จัดให้มีกิจกรรมเยี่ยมคลินิกโรคไต เยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคไต ที่ฟอกไต ล้างไต และชมคลิปสั้น “วิถีไตเรื้อรัง” เพื่อสร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้ป่วย 5.ส่งรายงานการประเมินตนเอง NCDClinic Plusรอบที่ 1 ให้ สสจ. ภายในวันที่ 31 มกราคม 2563 **6. สถานบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับพื้นฐานขึ้นไปร้อยละ 100**	**เดือน เม.ย.-มิ.ย.63** 1.ทบทวน ค้นหาปัญหา วางแผนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพคลินิกบริการ NCD ให้มีมาตรฐานตามเกณฑ์คุณภาพของกรมควบคุมโรคไม่ติดต่อ 2.รพ.ที่ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากขึ้นไป เตรียมรับการประเมินคุณภาพ NCDClinic Plus ระดับเขต และระดับประเทศ ต่อไป 3.อำเภอส่งรายงานการประเมินตนเอง NCDClinic Plusรอบที่ 2 ให้ สสจ. ภายในวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 (ส่งก่อนรับประเมินในระดับเขต เดือน พ.ค.-มิ.ย.) **4.สถานบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป(คะแนนรวม 70 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 70**	**เดือน ก.ค.-ก.ย.63** 1.อำเภอส่งรายงานการประเมินตนเอง NCDClinic Plusรอบที่ 3 ให้ สสจ. ภายในวันที่ 31 กรกฎาคม 2563 **2.สถานบริการผ่านเกณฑ์คุณภาพ NCD Clinic Plus ระดับดีขึ้นไป(คะแนนรวม 70 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 100** 3.สถานบริการในจังหวัดอุบลราชธานี ได้รับการยกระดับ NCD Clinic Plus ไปสู่ระดับเขต และระดับประเทศ
2.มีนโยบายสาธารณะเรื่อง - โรงเรียน/ชุมชน/รพช.เค็มน้อย - ครัวเรือนลดเค็ม (บูรณาการกับ Setting โรงเรียน, ชุมชน, HL)	จังหวัดมอบนโยบายสาธารณะลงสู่อำเภอในเรื่อง - โรงเรียน/ชุมชน/รพ.เค็มน้อย - ครัวเรือนลดเค็ม	ถ่ายทอดและขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะผ่านเวที พชอ./พชต. เรื่อง - โรงเรียน/ชุมชน/รพ.เค็มน้อย - ครัวเรือนลดเค็ม	จัดกิจกรรม รณรงค์ตามนโยบาย - โรงเรียน/ชุมชน/รพ.เค็มน้อย - ครัวเรือนลดเค็ม	สรุปผลการจัดกิจกรรมรณรงค์ตามนโยบายลดเค็ม

3.มีคู่มือเวชปฏิบัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการประชุมชี้แจง	- จัดประชุมพัฒนาแนวทางเวชปฏิบัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระดับจังหวัด	- จัดทำคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัดอุบลราชธานี สนับสนุนพื้นที่	ติดตาม ประเมินการใช้คู่คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	สรุป ประเมินผลคู่มือแนวทางเวชปฏิบัติโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และพัฒนาให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
3.มีคลิปสั้น "วิถีไตเรื้อรัง" จำนวน 25 ชุด (บูรณาการกับงาน HL)	- จัดทำคลิปสั้น “วิถีไตเรื้อรัง” 1 อำเภอ 1 คลิป ส่งจังหวัดภายในวันที่ 20 ธค.2562	- จังหวัดคัดเลือกคลิป “วิถีไตเรื้อรัง”ดีเด่น เผยแพร่ให้กับพื้นที่นำไปใช้	ติดตามการใช้คลิป“วิถีไตเรื้อรัง”	สรุป ประเมินผลคุณภาพสื่อการสอนคลิป“วิถีไตเรื้อรัง” และการใช้สื่อคลิป
4.ติดตาม ประเมินและรายงานผลการดำเนินงานของชมรมรักษ์ไต อสม.รักษ์ไต กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน		อำเภอและ รพ.สต.ติดตามประเมินและรายงานผลการดำเนินงานของชมรมรักษ์ไต อสม.รักษ์ไต กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชน		- มีการดำเนินงานของชมรมรักษ์ไต อสม.รักษ์ไต กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

4. **แหล่งงบประมาณที่จะดำเนินการ : งบ PP อำเภอกองทุนตำบล**
5. **จัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการ ของอำเภอ :**
    1) HBP คุณภาพ
    2) ลดภาวะแทรกซ้อนการเกิดโรคไตเรื้อรัง
6. **ระบบ กำกับ Coaching และ M&E:**

กำกับติดตาม ค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไข และสรุปวิเคราะห์ข้อมูล จากพื้นที่ และจาก HDC และส่งคืนข้อมูลรายไตรมาส

แผนงานretreat setting โรงเรียน ปี 2563

1. สถานการณ์ปี2562

- การดำเนินกิจกรรมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2562

ที่	อำเภอ	โรงเรียนทั้งหมด(แห่ง)	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (แห่ง)						
			เพชร	ทอง	เงิน	ทองแดง	พื้นฐาน	รอประเมินซ้ำ	ไม่เข้าร่วม
1	- เมือง	62	3	56	-	-	-	-	3
	- รพศ.	25	3	5	-	-	-	14	3
2	ม่วงสามสิบ	78	-	24	36	10	8		-
3	ตาลสุม	24	-	19	-	-	-	-	5
4	เขื่องใน	87	-	84	-	2	-	1	-
5	ดอนมดแดง	20	2	14	2	1	-	1	-
6	เหล่าเสือโก้ก	28	-	27	-	-	-	-	1
7	ตระการพืชผล	98	1	97	-	-	-	-	-
8	เขมราฐ	46	7	39	-	-	-	-	-
9	ศรีเมืองใหม่	58	1	57	-	-	-	-	-
10	โพธิ์ไทร	39	-	37	1	1	-	-	-
11	นาตาล	27	3	21	3	-	-		
12	กุดข้าวปุ้น	32	2	28	-	-	-	-	2
13	วารินชำราบ	70	-	66	4	-	-	-	-
14	สิรินธร	39	1	35	2	-	1	-	-
15	สว่างวีระวงศ์	23	2	20	-	-	-	-	1
16	นาเยีย	16	3	11	2	-	-	-	-
17	สำโรง	54	2	50	-	-	-		2
18	พิบูลมังสาหาร	82	2	60	15	5	-	-	-
19	โขงเจียม	31	5	14	5	7	-	-	-
20	น้ำยืน	41	3	-	3	-	34	-	1
21	นาจะหลวย	36	2	13	-	-	-	1	20
22	น้ำขุ่น	22	1	14	7	-	-	-	-
23	บุณฑริก	59	-	51	8	-	-	-	-
24	ทุ่งศรีอุดม	21	1	20	-	-	-		
25	เดชอุดม	101	1	58	13	7	-	-	22
	รวม	1219	45	920	101	33	43	17	60

<u>ที่มา</u>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูล ณ วันที่ 25 ตุลาคม 2562

- อบรมครูเรื่อง SMART school RDU ความปลอดภัยในการใช้ยาในโรงเรียนจำนวน 200 แห่ง

- โรงเรียนปลอดฟันแท้ผุ จำนวน 184 แห่ง และ รร.ปลอดฟันแท้ผุต้นแบบ จำนวน 17 แห่ง

2. กำหนดมาตรการ ที่สำคัญที่จะดำเนินงานเน้นหนัก ในปี 63
   - บูรณาการพัฒนาบุคลากรและระบบสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในโรงเรียน
   - พัฒนาระบบบริการคัดกรองสุขภาพนักเรียน
   - สร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงในโรงเรียน
   - บูรณาการการประเมินโรงเรียน(เน้นประเมินผลลัพธ์ที่นักเรียน)
3. กำหนดเป้าหมาย พื้นที่ที่จะดำเนินการให้ชัดเจน (ทำขั้นพื้นฐาน และพื้นที่ต้นแบบ / จำนวน อำเภอ ตำบล)
   - ตำบล/รพ.สต.ละ 1 โรงเรียน
   - โรงเรียน ตชด. ทั้งหมด
4. กำหนดแผนงานโครงการ / กิจกรรม ที่จะต้องดำเนินการ

ลำดับ	กิจกรรมที่ดำเนินการ	ห้วงเวลาดำเนินการ	การดำเนินการ	งบประมาณ
1	ประชุมทบทวนและจัดทำ - คู่มือดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพใน รร.สำหรับ จนท.รพ.สต. - หลักสูตรอบรมการดำเนินกิจกรรม รร.รอบรู้ด้านสุขภาพ สำหรับ ครูอนามัย อสร. และ จนท.รพ.สต. - เกณฑ์ประเมิน รร.รอบรู้ด้านสุขภาพ	ธ.ค 62	จังหวัด	ผลผลิต
2	พัฒนาวิทยากรครู กระดับอำเภอ	ม.ค 62	จังหวัด	ผลผลิต
3	MOU การดำเนินกิจกรรม รร.รอบรู้ด้านสุขภาพ - ระดับจังหวัด - ระดับอำเภอ	 ม.ค 63 ก.พ 63	 จังหวัด อำเภอ	ผลผลิต PP/กองทุนตำบล
4	อบรม ครูอนามัย อสร.และ จนท.รพ.สต. ตามหลักสูตรที่กำหนด	ก.พ. 63	อำเภอ	PP/กองทุนตำบล
5	- คัดกรองและบริการสุขภาพนักเรียนจัดกลุ่มสุขภาพ นร. (ผิดปกติ เสี่ยง ปกติ) และวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพนักเรียน และบุคลากรใน รร. - คัดกรอง 4 กลุ่มโรค	พ.ค – มิ.ย 63 ก.ค 63	ตำบล ตำบล	PP/กองทุนตำบล
6	ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาสุขภาพ นร.และปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ นร.	มิ.ย – ก.ค 63	ตำบล	PP/กองทุนตำบล

7	รร.ร่วมกับ จนท.รพ.สต.จัดทำแบบประเมินตนเอง เพื่อขอรับการประเมิน รร.รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับอำเภอ	ก.ค - ส.ค 63	ตำบล	PP/กองทุนตำบล
8	อำเภอออกประเมินและคัดเลือก รร.รอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง	ส.ค - ก.ย 63	อำเภอ	PP/กองทุนตำบล
9	อบรมพัฒนาทักษะชีวิต นร.ที่จะจบการศึกษา (ป.6,ม.3,ม.6)	ก.ย.63	อำเภอ	PP/กองทุนตำบล
10	จังหวัดออกประเมินรับรอง รร.รอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบระดับจังหวัด	ส.ค – ก.ย63	จังหวัด	ผลผลิต
11	มอบเกียรติบัตร รร.รอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบระดับจังหวัด	ต.ค 63	จังหวัด	ผลผลิต

5. ระบุแหล่งงบประมาณที่จะดำเนินการ
   - ระดับจังหวัด งบผลผลิต
   - ระดับอำเภอ งบ PP/งบกองทุนตำบล
   - ระดับตำบล งบ PP/งบกองทุนตำบล
6. ต้องมีกิจกรรมในแผนปฏิบัติการ
   - แผนการอบรมครูอนามัย/อสร./จนท.รพ.สต.
   - แผนการคัดกรองและจัดบริการด้านสุขภาพในรร.
   - แผนการแก้ปัญหาสุขภาพเด็กนักเรียน เช่น อ้วน/ผอม ขาดธาตุเหล็ก 4 กลุ่มโรค ทันตฯ
   - แผนการพัฒนา รร.รอบรู้ด้านสุขภาพ
7. ระบบ กำกับ Coaching และ M&E จะทำอย่างไร
   - ระดับอำเภอมีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องตามเกณฑ์ที่กำหนด
   - รายงานผลการคัดกรอง และการให้บริการสุขภาพ
   - โครงการแก้ไขปัญหาครอบคลุมปัญหา
   - การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมในโรงเรียน
   - จำนวน รร. ผ่านการประเมินตามเกณฑ์
   - ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหานักเรียน เช่น อ้วน/ผอม ขาดธาตุเหล็ก 4 กลุ่มโรค ทันตฯ

<u>หมายเหตุ</u>

ที่มา

ก. เนื้อหาคู่มือการดำเนินงาน/หลักสูตรการอบรมครูอนามัย, อสร.,ยสร.,และ จนท.รพ.สต. ดังต่อไปนี้

1. กิจกรรมดำเนินการในโรงเรียน จำนวน 12 กิจกรรม ดังนี้

1.โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ
2.โรงเรียนรอบรู้ 3 ด้าน (พัฒนา โภชนาการ(อ/ต/ส) ออกกำลังกาย ฟัน)
3.To Be Number One
4.SMART school RDU ความปลอดภัยในการใช้ยาในโรงเรียน
5.โรงเรียนปลอดบุหรี่ 7 มาตรการหลัก
6.โนโน่ป้องกันนักสูบหน้าใหม่ในโรงเรียน
7.โรงเรียนต้นแบบด้านทันตสาธารณสุข เช่นรร.ปลอดฟันแท้ผุ /ปลอดน้ำอัดลม
8.จิตอาสาเยาวชน ทำความดีด้วยใจ
9.โรงเรียนสุขบัญญัติ 10 ประการ
10.โครงการอย.น้อย +อสร.
11.ส่งเสริมกิจกรรมให้ความรู้เมนูอาหารลดหวาน มันเค็ม ส่งเสริมไม่ให้มีการขายน้ำอัดลมน้ำหวาน
12.โครงการพัฒนาทักษะชีวิตวัยรุ่น (เหล้า,บุหรี่อบายมุข, ครอบครัวอบอุ่นในกลุ่มครอบครัวกลุ่มเสี่ยง,การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น สอนแพทย์แผนไทย (ต่อยอดเสริมอาชีพ)

2. การคัดกรอง การบริการสุขภาพและส่งต่อ

กิจกรรมคัดกรอง	ผู้ดำเนินงาน	กลุ่มงานที่รับผิดชอบ	ส่งต่อ
1.ตรวจสุขภาพนักเรียน	จนท.สาธารณสุข	ส่งเสริม	พบแพทย์
2.ตรวจร่างกาย 10 ท่า	ครู+อสร	ส่งเสริม	ส่งต่อรพ.สต.
3.ตรวจการได้ยิน/การมองเห็น	จนท.สาธารณสุข	ส่งเสริม	พบแพทย์
4.คัดกรอง 4 กลุ่มโรค	ครูประจำชั้น	การแพทย์	เด็กกลุ่มเสี่ยง +ผปค.พบพยาบาลจิตเวชเด็ก ในคลินิกรพ.พยาบาลจิตเวชเด็ก ประเมินคัดกรองซ้ำและส่งเด็กเสี่ยงเข้าพบแพทย์ /.แพทย์รพ. ตรวจวินิจฉัย หรือ ส่งต่อ
5.คัดกรองโลหิตจางธาลัสซีเมีย เด็ก ป.1	จนท.สาธารณสุข	ส่งเสริม	พบแพทย์

6.วัคซีน EPI	จนท.สาธารณสุข	ควบคุมโรค, ส่งเสริม	
7.บริการทันตกรรม เช่น ตรวจฟัน เคลือบหลุมร่องฟันฟลูออไรด์ ฯลฯ, กิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	ทันตบุคลากร	ทันตะ	
8.ตรวจสอบประวัติการรับวัคซีนในนร.เข้าใหม่ชั้นอนุบาล ประถมศึกษา และมัธยมตอนต้น	จนท.สาธารณสุข	ควบคุมโรค, ส่งเสริม	
9.ตรวจหาหนอนพยาธิในกลุ่มนร.	จนท.สาธารณสุข	ควบคุมโรค	

ข. เกณฑ์ประเมิน รร.รอบรู้ด้านสุขภาพบูรณาการจากกิจกรรม ดังต่อไปนี้

กิจกรรมประเมิน	**เอกสารประกอบ**
1.โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	เกณฑ์ประเมิน รร.ส่งเสริมสุขภาพ
2.โรงเรียนรอบรู้สุขบัญญัติ	เกณฑ์ประเมิน รร.รอบรู้สุขบัญญัติ
3.โรงเรียนต้นแบบด้านทันตสาธารณสุขเช่น โรงเรียนปลอดฟันแท้ผุ	เกณฑ์ประเมิน รร.ต้นแบบด้านทันตสาธารณสุข
4.โรงเรียน SMART school RDU ความปลอดภัยในการใช้ยาในโรงเรียน	เกณฑ์ประเมิน รร. SMART school RDU ความปลอดภัยในการใช้ยาในโรงเรียน
5. โครงการแก้ปัญหาสุขภาพนักเรียน	ตามบริบทพื้นที่

แบบเสนอแผนปฏิบัติราชการ ประเด็น Area Base

ปีงบประมาณ งบประมาณ 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็น :การพัฒนาหมู่บ้านจัดการสุขภาพสู่หมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิต(ธรรมนูญสุขภาพ) จังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็นที่ต้องการ:

1. มาตรการที่สำคัญเน้นหนักในปี 63

1. กินร้อนช้อนกลาง ลดหวานมันเค็ม ส่งเสริมการออกกำลังกาย
2.งานบุญ งานศพ ปลอดเหล้า (ความยากจน กลุ่มเปราะปาง)
3.สารเคมี/เกษตรอินทรีย์
4.ตามบริบทของพื้นที่ (พชอ./พชต.)ปี 2563

2. เป้าหมาย

1. ดำเนินการทุกพื้นที่ ทั้ง 25 อำเภอ
2. ร้อยละของหมู่บ้านจัดการสุขภาพพัฒนาผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 70
3. หมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบมีการจัดการสุขภาพประเด็นขับเคลื่อนแบบบูรณาการ โดยบัญญัติเป็น ธรรมนูญหมู่บ้าน (219 หมู่บ้าน)
4. ร้อยละของตำบลจัดการคุณภาพชีวิตพัฒนาผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ 80
5. ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ โดยใช้กลไก ธรรมนูญตำบล (พื้นที่เข้มข้นคุณภาพ อำเภอละ 1 ตำบล 25 ตำบล)

3. โครงการแผนงาน/กิจกรรม ที่ต้องดำเนินการ

มาตรการที่ : 1. การพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน (หมู่บ้านละ 1 คน)(New process)

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต)
พัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น หมอประจำบ้าน	1. ฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ อสม. หมอประจำบ้าน 2. พัฒนาศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ตามแนวทางที่กำหนด 3. อสม. หมอประจำบ้าน ปฏิบัติงานให้บริการสุขภาพทั้งใน ศสมช. และเยี่ยมบ้าน 4. อสม. ใช้เครื่องสื่อสารทางการแพทย์ (TeleHealth) ในการให้บริการในชุมชน 5. อสม. รายงานผลการปฏิบัติงานผ่าน app “Smart อสม.” หรือฐานข้อมูล thaiphc.net 6. ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน อสม.	1.พัฒนาศักยภาพ อสม. 1.1.จัดทำหลักสูตรแบบบูรณาการ 1.2.จัดทำคู่มือ อสม.หมอประจำบ้าน 1.3 แต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด 2.ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานฯ 3. อบรมครูฝึก (ครู ก และ ข) 4.สนับสนุนการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 5.สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในชุมชน 6.สนับสนุนการจัดการสุขภาพในชุมชน (ธรรมนูญ) 7.ปรับหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน ตามบริบทของพื้นที่ 8. พัฒนาฐานข้อมูลและระบบรายงาน 9. ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 1. กำหนดนโยบายและชี้แจงระดับอำเภอ 2. พัฒนากรอบการดำเนินงาน แนวทางการที่เป็นมาตรฐาน 3. จัดทำข้อมูล กลุ่มเสี่ยง, กลุ่มสงสัยป่วย เพื่อทำ HBP สนับสนุนอำเภอ 4. สรุปผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน HBP คุณภาพ	1.พัฒนาศักยภาพ อสม. 1.1.จัดทำหลักสูตรแบบบูรณาการตามบริบทฯ 1.2 แต่งตั้งคณะทำงานระดับอำเภอ 2.ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 3. อบรมครูฝึก (ครู ค) 4. สนับสนุนการดูแลกลุ่มเป้าหมาย 5.สนับสนุนการจัดบริการสุขภาพในชุมชน 6.สนับสนุนการจัดการสุขภาพในชุมชน(ธรรมนูญ) 7. พัฒนาฐานข้อมูลและระบบรายงาน 8. ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล	1. เตรียม อสม.กลุ่มเป้าหมาย 2.อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน 3. อสม.ปฏิบัติงานบทบาท อสม. หมอประจำบ้าน 4. อสม.ดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายร่วมกับทีมหมอครอบครัว 5. อสม.รายงานผลการปฏิบัติงานให้ รพ.สต. เพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล thaiphc.net 6. ติดตามและประเมินผล

Small success และ M&E :การพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน (หมู่บ้านละ 1 คน)(New process)

มาตรการ	ไตรมาสที่ 1 (3 เดือน)	ไตรมาสที่ 2(6 เดือน)	ไตรมาสที่ 3 (9 เดือน)	ไตรมาสที่ 4(12 เดือน)
Small success	1. มีหลักสูตรการพัฒนา อสม. หมอประจำบ้าน 2. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ 3. มี อสม.หมอประจำบ้าน 2,859 คน (ประธาน อสม.หมู่บ้านและชุมชน)	มี อสม.หมอประจำบ้าน 219 คน (ประธาน อสม.ตำบล)	1. มี อสม.หมอประจำบ้าน 3,078 คน (สะสม) 2. อสม.กลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพเป็นหมอประจำบ้าน ร้อยละ 70 (จำนวน 2,155 คน)	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 70 (ตามเป้าหมายฯ ปี 2563)
M&E	<u>Coaching</u> ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ	<u>Mornitoring</u> นิเทศ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง สรุปผลการประชุม ผลการนิเทศติดตาม และสรุปผลงานดำเนินงาน	<u>Evaluation</u> มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมผลการประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ของ อสม. หมอประจำบ้าน	

มาตรการที่ : **2..**พัฒนาศักยภาพ อสม.ในหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ เป็น อสม.นักจัดการคุณภาพชีวิต (อสม.รักษ์ไต/ อสม.เกษตรอินทรีย์/ตำบลละ 1 หมู่บ้าน : 219 หมู่บ้าน)

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต)
พัฒนาศักยภาพ อสม. นักจัดการคุณภาพชีวิต ในหมู่บ้านต้นแบบ	ฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้และทักษะ อสม. นักจัดการคุณภาพชีวิต ตามแผนการพัฒนาศักยภาพ	1.พัฒนาศักยภาพ อสม. 1.1.จัดทำหลักสูตร อสม.นักจัดการคุณภาพชีวิต 1.2.จัดอบรม ครู ก อำเภอละ 4 คน 1.3.จัดทำคู่มือ อสม.นักจัดการคุณภาพชีวิต 2.ถ่ายทอดนโยบาย 3.เตรียมระบบข้อมูลและรายงาน 4.ติดตามเยี่ยมพลัง 5.ประเมินผลการดำเนินงาน	1.พัฒนาศักยภาพ อสม. 1.1.จัดอบรม อสม.นักจัดการคุณภาพชีวิต โดยครู ก และทีมงานร่วม 2.ถ่ายทอดนโยบาย 3.เตรียมระบบข้อมูลและรายงาน 4.ติดตามเยี่ยมพลัง 5.ประเมินผลการดำเนินงาน	1. เตรียม อสม.กลุ่มเป้าหมาย 2.อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม.นักจัดการคุณภาพชีวิต 3. อสม.ฯ ปฏิบัติงานตามหน้าที่มอบหมาย 4. อสม.ฯ รายงานผลการปฏิบัติงานให้ รพ.สต. เพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล thaiphc.net 5. ติดตามและประเมินผล

Small success และ M&E :การพัฒนาศักยภาพ อสม. เป็น อสม. หมอประจำบ้าน (หมู่บ้านละ 1 คน)(New process)

มาตรการ	ไตรมาสที่ 1 (3 เดือน)	ไตรมาสที่ 2(6 เดือน)	ไตรมาสที่ 3 (9 เดือน)	ไตรมาสที่ 4(12 เดือน)
Small success	1. มีหลักสูตรการพัฒนา อสม. นักจัดการคุณภาพชีวิต 2. มีการชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ 3. มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายการพัฒนาศักยภาพ อสม.นักจัดการคุณภาพชีวิต	1. อบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. นักจัดการคุณภาพชีวิต 2. มี อสม.นักจัดการคุณภาพชีวิต ในหมู่บ้านต้นแบบจำนวน 219 ตำบลๆ ละ 10 คน รวม 2,190คน	2. อสม.กลุ่มเป้าหมาย มีศักยภาพเป็น อสม.นักจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ 100	ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 70 (ตามเป้าหมายฯ ปี 2563)
M&E	<u>Coaching</u> ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ	<u>Mornitoring</u> นิเทศ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง สรุปผลการประชุม ผลการนิเทศติดตาม และสรุปผลงานดำเนินงาน	<u>Evaluation</u> มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมผลการประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ ของ	

มาตรการที่ : **3.**จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ของ อสค. (New process)

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต)
จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน ของ อสค. (New process)	อสม.จัดสรร มีคู่มือ อสม.ในการปฏิบัติงานในชุมชนแบบบูรณาการ และ เรียนรู้ด้วยตนเอง ให้กับระดับ อสค.ในเขตรับผิดชอบ	จัดทำคูมือ อสค.ในการปฏิบัติงานในชุมชนแบบบูรณาการ และ เรียนรู้ด้วยตนเอง	อำเภอ จัดสรรคู่มือ อสม.ในการปฏิบัติงานในชุมชนแบบบูรณาการ และ เรียนรู้ด้วยตนเอง ให้กับ รพ.สต.เพื่อนำไปให้ อสค.ในเขตรับผิดชอบ	ตำบล จัดสรรคู่มือ อสม.ในการปฏิบัติงานในชุมชนแบบบูรณาการ และ เรียนรู้ด้วยตนเอง ให้กับระดับประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน และ อสม.ทุกคน

มาตรการที่ : **4.**ใช้เครื่องมือ ธรรมนูญหมู่บ้าน ขับเคลื่อน หมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิต(New process)

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต)
ใช้เครื่องมือ ธรรมนูญหมู่บ้าน ขับเคลื่อน หมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิต (New process)	1.ถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการดำเนินงาน 2.แต่งตั้งคณะทำงานงานระดับหมู่บ้าน (พชม.) 3.มีทีมสุขภาพทีมาจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน 4.จัดทำแผนจัดการคุณภาพชีวิต ที่มาจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในหมู่บ้าน 5. เตรียมฐานข้อมูล แบบฟอร์มระบบรายงาน 6.ขับเคลื่อนตามกระบวนหมู่บ้านจัดการคุณภาพ 6.1 ระยะที่ 1 ดำเนินการทุกหมู่บ้าน 6.2 ระยะที่ 2 ยกระดับเป็นหมู่บ้านต้นแบบ 6.3 ระยะที่ 3 บัญญัติเป็นธรรมนูญหมู่บ้าน 7. ประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพต้นแบบ 8. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ / ประเมิน อสม. ต้นแบบ 9.บันทึกผลการดำเนินงานที่ www.thaiphc.net	1. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 2. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน แผนการติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 3.ขับเคลื่อนโดยใช้กลไก พชจ./พชอ./พชต./พชม. 4.สุ่มประเมินหมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ 5.ตรวจสอบการบันทึกผลการดำเนินงานที่ www.thaiphc.net 6.ประชุมสรุปประเมินผลการดำเนินงาน	1. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 2. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน แผนการติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 3.ขับเคลื่อนโดยใช้กลไก พชอ./พชต./พชม. 4.ประเมินหมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ 5.ตรวจสอบการบันทึกผลการดำเนินงานที่ www.thaiphc.net 6.ประชุมสรุปประเมินผลการดำเนินงาน	1. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 2. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน แผนการติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 3.ขับเคลื่อนโดยใช้กลไก พชต./พชม. 4.ประเมินหมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ 5.เชื่อมโยงตำบลจัดการสุขภาพโดยกลไก ธรรมนูญตำบล 6.ตรวจสอบการบันทึกผลการดำเนินงานที่ www.thaiphc.net 7.ประชุมสรุปประเมินผลการดำเนินงาน

มาตรการที่ : 5.เชื่อมโยง ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ใช้กลไก ธรรมนูญตำบล

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต)
เชื่อมโยง ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ใช้กลไก ธรรมนูญตำบล	1.ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 2.จัดตั้งคณะทำงานตำบล 3.กำหนดประเด็นขับเคลื่อนเพิ่มเติม ในกลุ่มที่ 4 ตามบริบทของพื้นที่ (พชอ./พชต.) ปี 2563 4. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน 5.จัดทำแผนการขับเคลื่อน 6.ขับเคลื่อนโดยใช้กลไกธรรมนูญตำบล.เชื่อมโยงกับธรรมนูญหมู่บ้านในหมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ 7.ออกติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 8.ประเมินผลหมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้กลไกธรรมนูญหมู่บ้าน	1.ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ อำเภอละ 1 ตำบล จำนวน 25 ตำบล ขับเคลื่อน โดยใช้กลไกธรรมนูญตำบล 2.ใช้ 4 กลุ่มประเด็นขับเคลื่อน (**1.** กินร้อน ช้อนกลาง ลดหวาน มันเค็ม ส่งเสริมการออกกำลังกาย 2.งานบุญ งานศพ ปลอดเหล้า (ความยากจน กลุ่มเปราะปาง) 3.ลดใช้สารเคมี / เกษตรอินทรีย์ 4.ตามบริบทของพื้นที่ (พชอ./พชต.) ปี 2563 3. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน 4.ขับเคลื่อนโดยใช้กลไก ธรรมนูญตำบล. 5.ออกติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล	1.ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ อำเภอละ 1 ตำบล จำนวน 25 ตำบล ขับเคลื่อน โดยใช้กลไก ธรรมนูญตำบล 2.กำหนดตำบลเป้าหมายการขับเคลื่อน 3.ใช้ 4 กลุ่มประเด็นขับเคลื่อน (**1.** กินร้อน ช้อนกลาง ลดหวาน มันเค็ม ส่งเสริมการออกกำลังกาย 2.งานบุญ งานศพ ปลอดเหล้า (ความยากจน กลุ่มเปราะปาง) 3.ลดใช้สารเคมี /เกษตรอินทรีย์ 4.ตามบริบทของพื้นที่ (พชอ./พชต.) ปี 2563 4. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน 5.ขับเคลื่อนโดยใช้กลไก ธรรมนูญตำบล. 6.ออกติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล	1.ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 2.จัดตั้งคณะทำงานตำบล 3.กำหนดประเด็นขับเคลื่อนเพิ่มเติม ในกลุ่มที่ 4 ตามบริบทของพื้นที่ (พชอ./พชต.) ปี 2563 4.กำหนดหมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ ตำบลละ 1หมู่บ้าน เพื่อยกระดับบ้านธรรมนูญหมู่บ้าน 5. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน 6.จัดทำแผนการขับเคลื่อน 7.ขับเคลื่อนโดยใช้กลไก ธรรมนูญตำบล.เชื่อมโยงกับธรรมนูญหมู่บ้านในหมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ 8.ออกติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 9.ประเมินผลตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้กลไกธรรมนูญตำบล

มาตรการที่ : 6.ประเมิน หมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิต ด้วย มิติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน ในประชาชนทั่วไปและกลุ่ม อสม. (New process)

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต)
ประเมิน หมู่บ้านจัดการคุณภาพชีวิต ด้วย มิติ ความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน ในประชาชนทั่วไปและกลุ่ม อสม. (New process)	1. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 2. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน แผนการติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 3.ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มประชาชนทั่วไปและ อสม. 4.ตรวจสอบการบันทึกผลการดำเนินงานที่ www.thaiphc.net 5.ประชุมสรุปประเมินผลการดำเนินงาน	1. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 2. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน แผนการติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 3..ออกเยี่ยมติดตามและเสริมพลัง 4.ตรวจสอบการบันทึกผลการดำเนินงานที่ www.thaiphc.net 5.ประชุมสรุปประเมินผลการดำเนินงาน	1. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 2. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน แผนการติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 3..ออกเยี่ยมติดตามและเสริมพลัง 4.ตรวจสอบการบันทึกผลการดำเนินงานที่ www.thaiphc.net 5.ประชุมสรุปประเมินผลการดำเนินงาน	1. ถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงาน 2. เตรียมฐานข้อมูล ระบบรายงาน แผนการติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง และประเมินผล 3..ออกเยี่ยมติดตามและเสริมพลัง 4.ตรวจสอบการบันทึกผลการดำเนินงานที่ www.thaiphc.net 5.ประชุมสรุปประเมินผลการดำเนินงาน

1. **แหล่งงบประมาณที่จะดำเนินการ : งบสนับสนุนจาก กรม สบส.,PP อำเภอ,กองทุนตำบล**
2. **จัดทำแผนปฏิบัติการ โครงการ ของอำเภอ :**
   1) แผนงาน/ โครงการรองรับการดำเนินงาน
   2) ดำเนินงานการตามแผนงานโครงการ
   3) บันทึกผลการดำเนินงานที่ www.thaiphc.net
3. **ระบบ กำกับ Coaching และ M&E:**
   4) กำกับติดตาม ค้นหาปัญหา หาแนวทางแก้ไข และสรุปวิเคราะห์ข้อมูล จากพื้นที่ www.thaiphc.netและจาก HDC และส่งคืนข้อมูลรายไตรมาส

สรุปประเด็น retreat ปี งบประมาณ2563สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็น :Digital Transformation

เป้าหมาย (Target) : -ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ ถูกต้อง รวดเร็ว และปลอดภัย

- รพ.ทุกแห่ง มีและใช้ระบบคิวที่สามารถลดระยะเวลารอคอยได้อย่างเป็นรูปธรรม
- มีระบบการให้คำปรึกษาทางไกล

Situation/baselineหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดเก็บ ประมวลผล และการบริหารจัดการฐานข้อมูลเพื่อให้ได้สารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการ แต่ยังมีโอกาสพัฒนาอีกหลายประเด็น เช่นการเชื่อมโยงของระบบ คุณภาพของฐานข้อมูล และการนำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อสร้างความพึงพอใจในการบริการ

Strategy /มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล
1. การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ			
1.1 การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการรักษาพยาบาล	1.การติดตาม ควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูล Electronic Medical record 2. การพัฒนาศักยภาพการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ รวมทั้งรหัสที่เกี่ยวข้อง 3. การพัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีวินิจฉัย (PACs) 4. การพัฒนาระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (LIS) 5. การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางไกล ผ่านเครือข่าย Internet (Telemedicine) 6. การพัฒนาระบบสารสนเทศการรับส่งต่อผู้ป่วย 7. การพัฒนาHIS ตาม User Requirement	1.การติดตาม ควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูล Electronic Medical record 2. การพัฒนาศักยภาพการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ รวมทั้งรหัสโรคที่เกี่ยวข้อง 3. การพัฒนาระบบ Medical Device Automation	1.การติดตาม ควบคุมกำกับคุณภาพข้อมูล Electronic Medical record 2. การพัฒนาศักยภาพการให้รหัสโรคและรหัสหัตถการ รวมทั้งรหัสโรคที่เกี่ยวข้อง

Strategy /มาตรการ	กิจกรรมระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล
1.2 การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรค	1. การพัฒนาระบบ Health Information Exchange เพื่อให้หน่วยบริการทุกแห่ง สามารถเข้าถึงฐานข้อมูลการให้บริการของผู้รับบริการทุกที่ ทุกเวลา	1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้งานระบบ	1. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้งานระบบ
1.3 การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record)	1. การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record) เพื่อสนับสนุน Health Literacy 2. การพัฒนาระบบ Non-Thai Identify	1. การประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้รับบริการทราบและสามารถใช้งานระบบได้ 2. การจัดหา Hardware ที่จำเป็นในการใช้งานระบบ Non-Thai Identify	1. การประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ผู้รับบริการทราบและสามารถใช้งานระบบได้
2. การพัฒนาองค์กร สู่การเป็นองค์กรดิจิทัล	1. การศึกษา พรบ.ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 พรบ.รัฐบาลดิจิทัล พ.ศ.2562 และ พรบ.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ.2562 2. การดำเนินการตาม พรบ. 3. การพัฒนาระบบงาน Back Office ให้เป็นรูปแบบ Digital 4. การพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลให้กับบุคลากรทุกระดับ	1. การศึกษา พรบ.ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 พรบ.รัฐบาลดิจิทัล พ.ศ.2562 และ พรบ.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ.2562 2. การดำเนินการตาม พรบ. 3. การดำเนินการพัฒนาสารสนเทศ ตามมาตรฐาน HA-IT 4. การใช้ระบบงาน Back Office ให้เป็นรูปแบบ Digital 5. การพัฒนาทักษะด้านดิจิทัลให้กับบุคลากรทุกระดับ	1. การศึกษา พรบ.ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย พรบ.คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ.2562 พรบ.รัฐบาลดิจิทัล พ.ศ.2562 และ พรบ.การรักษาความมั่นคงปลอดภัยไซเบอร์ พ.ศ.2562 2. การดำเนินการตาม พรบ. 3. การใช้ระบบงาน Back Office ให้เป็นรูปแบบ Digital
3. การพัฒนา Smart Hospital	1. การพัฒนาระบบสารสนเทศการรับส่งต่อ 2. การพัฒนาระบบHospital Alert System 3. การพัฒนาและติดตั้งระบบติดตามอุณหภูมิตู้เย็นเก็บวัคซีนอัตโนมัติ (Cold Chain Management System : CCMS)	1. รพ.สรรพสิทธิประสงค์ : การพัฒนาระบบขึ้นทะเบียนผู้ป่วยอิเล็กทรอนิกส์ 2. รพท./รพช. การติดตั้งและใช้งานระบบคิว และการใช้งาน H4Uเน้นจุดบริการแพทย์แผนไทย งานกายภาพบำบัด งานทันตกรรม 3. การพัฒนาระบบการให้คำปรึกษาทางไกล ระหว่างโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด 4. จัดบริการ Green Chanel สำหรับบุคลากรสาธารณสุข	1. การใช้งานระบบติดตามอุณหภูมิตู้เย็นเก็บวัคซีนอัตโนมัติ (CCMS) ในหน่วยบริการทุกแห่ง

Small Success	ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)	ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)	ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)	ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)
1. มีระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลภาพถ่ายทางรังสีวินิจฉัย		50%	75%	100%
2. มีระบบการแลกเปลี่ยนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ		50%	75%	100%
3. โรงพยาบาลทุกแห่งมีระบบการให้คำปรึกษาทางไกล ผ่านเครือข่าย Internet (Telemedicine)		50%	75%	100%
4. โรงพยาบาลทุกแห่ง ใช้ระบบสารสนเทศการรับส่งต่อผู้ป่วยที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกันได้		50%	75%	100%
5. โรงพยาบาลชายแดน 10 แห่ง ติดตั้งและใช้งานระบบ Non-Thai Identify		30%	60%	100%
6. โรงพยาบาลทุกแห่งมีการดำเนินการพัฒนาระบบสารสนเทศ ตามมาตรฐาน HA-IT		50%	75%	100%
7. โรงพยาบาลทุกแห่ง มีการใช้งานระบบคิวในการให้บริการผู้ป่วย รวมทั้งมีการปรับปรุงกระบวนการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย คือการลดความแออัดของผู้รับบริการ		100%	100%	100%
8. หน่วยบริการทุกแห่ง มีการจัดจุดให้บริการ Consent Form		50%	75%	100%

การประเมินผล

มาตรการ	แนวทางการ M&E
1. การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ	
1.1 การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการรักษาพยาบาล	- การประเมินผ่าน HDC , UB-SIMs , Cockpit , PACs on Cloud และ LIS on Cloud
1.2 การพัฒนาระบบสารสนเทศด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค	- การประเมินผ่านระบบ HIE
1.3 การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal Health Record)	- การประเมินผ่านระบบ
2. การพัฒนาองค์กร สู่การเป็นองค์กรดิจิทัล	- การประเมินตามมาตรฐาน HA-IT
3. การพัฒนา Smart Hospital	- การประเมินผ่าน Refer Board / ระบบ CCMS / การนิเทศงาน

แบบเสนอแผนปฏิบัติราชการ ประเด็น Agenda Base ปีงบประมาณ งบประมาณ 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็น : ...**จัดการภัยคุกคามความมั่นคงทางสุขภาพ "ยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง 3ชนิด** (พาราควอตคลอร์ไพริฟอสไกลโฟเสต)

เป้าหมาย (Target) : **1. ลดการป่วยจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด (พาราควอตคลอร์ไพริฟอสไกลโฟเสต)**

2. ภาคีเครือข่ายร่วมกันยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง 3 ชนิด

Situation/baseline: จังหวัดอุบลราชธานีมีพื้นที่เกษตรกรรมจำนวน 3.35 ล้านไร่ มีพืชเศรษฐกิจที่สำคัญคือ ข้าว มันสำปะหลัง ยางพารา ในปีงบประมาณ 2562 จังหวัดอุบลราชธานีมีการขึ้นทะเบียนผู้จำหน่ายสารเคมีเกษตรอันตรายจำนวน 687 ราย กระจายอยู่ทั้ง 25 อำเภอ จากการสำรวจปริมาณสารเคมีเกษตรอันตรายของ หน่วยงานสังกัดกรมวิชาการเกษตร (มีนาคม 2562) พบว่า มีสารพาราควอต จำนวน 94,299.35 ลิตร สารไกลโฟเซต จำนวน 282,790.50ลิตร และสารคลอร์ไพริฟอส จำนวน 6,350 ลิตร รวมทั้งหมด 383,439.85 ลิตรด้านการเจ็บป่วยที่เป็นผลกระทบจากการใช้สารเคมีเกษตรในปี 2562 พบว่า มีรายงานการป่วย 72 ราย ซึ่งไม่สะท้อนต่อความเป็นจริง ไม่มีรายงานผู้ป่วย 6 อำเภอ มีรายงาน 2-4 ราย 10 อำเภอ

สถานการณ์การควบคุมการใช้สารเคมีอันตราย 3 ชนิดของกระทรวงเกษตร พบว่า มีการออกประกาศกระทรวง (ออกตาม พรบ.วัตถุอันตรายฯ) จำนวน 5 ฉบับและจะมีผลบังคับใช้ 24 ตุลาคม 2562 มีมาตรการสำคัญดังนี้

มาตรการด้านกฎหมาย มีการกำหนดผู้เกี่ยวข้อง 5 กลุ่มคือ เกษตรกรผู้ใช้ ผู้รับจ้าง ผู้ขาย ผู้ผลิต/นำเข้า และ พนักงานเจ้าหน้าที่(กำนัน/ผญบ./ปลัด อปท.) ซึ่งมีกระบวนการอบรมให้ความรู้ เรื่อง มาตรการจำกัดการใช้ พิษภัย/อันตรายของสาร และการใช้อย่างปลอดภัย โดยที่มีการจำกัดการใช้คือ 1)ไกลโฟเซตและพาราควอต ให้ใช้กำจัดวัชพืชใน อ้อย ยางพารา ปาล์ม มันสำปะหลัง ข้าวโพดและไม้ผล 2)คลอร์ไพรีฟอส ใช้กำจัดแมลงไม้ดอก พืชไร่ และหนอนเจาะลำต้นไม้ผล 3)พื้นที่ห้ามใช้สารทั้ง 3 ชนิด คือ การปลูกผัก พืชสมุนไพร พื้นที่ต้นน้ำ และพื้นที่สาธารณะ

มาตรการให้ความรู้ มีการอบรมให้ความรู้เกษตรกรผู้ใช้ ผู้ที่รับจ้างพ่น และพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามหลักสูตรที่กำหนด ระหว่างมีนาคม-เมษายน 62

มาตรการวิจัยสารทดแทน

มาตรการประชาสัมพันธ์สร้างการรับรู้

มาตรการติดตามและบันทึกข้อมูลการใช้ โดยให้ผู้นำเข้า/ผู้ผลิต/ผู้ครอบครอง/ผู้ขาย/ผู้ใช้ บันทึก และรายงาน Stock เริ่ม 20 ตุลาคม 62

มาตรการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ ผู้ผลิต/ผู้บริโภค

จะเห็นได้ว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการดำเนินการและออกมาตรการอย่างจริงจัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจึงได้กำหนดมาตรการเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนคือ

Strategy /มาตรการ	**มาตรการ 1 การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีทางการเกษตร**	**มาตรการ 2 การขับเคลื่อนนโยบายยุติการใช้สารเคมีทางการเกษตรที่มีอันตรายสูง3ชนิด**	**มาตรการที่ 3การส่งเสริมเกษตรอินทรีย์**
Key Activity /กิจกรรมหลักและแหล่งงบฯ หมายเหตุ : ให้ระบุพื้นที่เป้าหมายและแหล่งงบฯในแต่ละกิจกรรมหลัก	**<u>กิจกรรมระดับจังหวัด</u>** พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านการให้รหัสโรค T60 และศักยภาพด้านเกษตรอินทรีย์ **<u>กิจกรรมระดับอำเภอ</u>** พัฒนาคลินิกเกษตรกรเพื่อให้บริการและสอบสวนโรค เชื่อมโยงข้อมูลกับชุมชน **<u>กิจกรรมระดับตำบล</u>**/<u>ชุมชน</u> การสื่อสารให้ประชาชนรับรู้พื้นที่การใช้สารเคมีโดย พนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งมีหน้าที่ตามกฎหมาย โดยการประกาศ ทำป้าย/สัญลักษณ์ จัดบริการคลินิกเกษตรกร จัดทำฐานข้อมูล อสม.สื่อสารความเสี่ยงผ่าน App เพื่อให้ข้อมูลผู้ใช้/ผู้ป่วย/พื้นที่เกษตรอินทรีย์	**<u>กิจกรรมระดับจังหวัด</u>** ขับเคลื่อนมาตรการผ่านคณะอนุกรรมการพัฒนาการเกษตรจังหวัด (อพก.) คณะอนุกรรมการตาม พรบ.ควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ.2562 เน้นการให้ข้อมูลอันตรายต่อสุขภาพ **<u>กิจกรรมระดับอำเภอ</u>** ขับเคลื่อนมาตรการผ่าน พชอ. โดยเน้นการให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และให้มีประเด็นสุขภาพด้านการยุติสารเคมีเกษตรอันตราย **<u>กิจกรรมระดับตำบล</u>/<u>ชุมชน</u>** กำหนดประเด็นการควบคุม/เขตพื้นที่ปลอดสารเคมีเกษตรอันตรายผ่านธรรมนูญสุขภาพตำบล หรือมาตรการทางสังคมระดับหมู่บ้าน	**<u>กิจกรรมระดับจังหวัด</u>** ส่งเสริมต่อยอดโครงการโรงพยาบาลอาหารปลอดภัยทุกแห่ง **<u>กิจกรรมระดับอำเภอ</u>** โรงพยาบาลจัดการด้านอาหารปลอดภัย (มีแปลงสาธิตที่ รพ./รพ.สต./ร.ร.) มีบุคคลต้นแบบเกษตรอินทรีย์ ตลาดสีเขียวคุณภาพ **<u>กิจกรรมระดับตำบล</u>/ชุมชน** อสม.ต้นแบบเกษตรอินทรีย์ ตำบลละ 1 คน ขยายเครือข่ายเกษตรอินทรีย์เพิ่มขึ้น อย่างน้อย 1 เครือข่าย

Small Success **(ให้ระบุผลลัพธ์เชิง Process ที่ต้องการบรรลุในแต่ละห้วงเวลา)**	**<u>ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)</u>** พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้รหัสโรคและด้านเกษตรอินทรีย์ อสม.รายงานข้อมูลผ่าน App ได้ร้อยละ .. **<u>ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)</u>** รพ.สต./รพ.มีการเปิดบริการคลินิกเกษตรกรทุกแห่งและมีการสรุปรายงานสถานการณ์การบริการ **ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)** มีระบบการสื่อสารในชุมชนในพื้นที่เสี่ยงทุกตำบล **ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)** อัตราป่วยลดลง พื้นที่มีการสื่อสารความเสี่ยง ร้อยละ 80	**ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)** นำเสนอสถานการณ์ในการประชุมคณะอนุกรรมการ กอพ/ พชอ. **ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)** ประชุมคณะอนุกรรมการควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพ **ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)** ชุมชนกำหนดประเด็นในธรรมนูญสุขภาพ/มีมาตรการทางสังคม **ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)** ธรรมนูญสุขภาพ ร้อยละ 50 กำหนดพื้นที่ปลอดสารทุกตำบล	**ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)** รพ./รพ.สต.จัดทำแผนพัฒนาสิ่งแวดล้อม **ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)** มีแปลงสาธิตเกษตรอินทรีย์ ใน รพ. GREEN and CLEAN Plus 50% **ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)** มีแปลงสาธิตเกษตรอินทรีย์ ใน รพ. GREEN and CLEAN Plus 100%รพ.อื่นร้อยละ 20 รพ.สต.ร้อยละ10 **ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)** มีบุคคลต้นแบบด้านเกษตรอินทรีย์รพ.ละ 1 คน สสอ. 1 คน มีเครือข่ายเกษตรอินทรีย์เพิ่มขึ้น
M&E **หมายเหตุ : ให้ระบุ ระบบ กำกับ Coaching และ M&E ของแต่ละมาตรการ**	ตรวจสอบและประเมินผ่าน HDC และการดึงฐานข้อมูลรายงานการจัดบริการคลินิกในอำเภอเป้าหมายที่เป็นพื้นที่เสี่ยง (ม่วงสามสิบ เมือง เขื่องใน เขมราฐ วารินพิบูลมังสาหาร ตระการ เขมราฐ ศรีเมืองใหม่ สิรินธร บุณฑริก เดชอุดม นาจะหลวย นาเยีย น้ำขุ่น น้ำยืน ทุ่งศรีอุดม สำโรง	รายงานการประชุม คณะกรรมการ บูรณาการกับงานภาคประชาชน	บูรณาการกับ G&C Hospital รายงานการการประเมินตนเอง

แบบเสนอแผนปฏิบัติราชการ ประเด็น Agenda Base ปีงบประมาณ งบประมาณ 2563สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็น :การสร้างเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literacy)

เป้าหมาย (Target) :ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย มีความรอบรู้สุขภาพเพิ่มขึ้นใน 4 ประเด็น (กินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ การลดหวานมันเค็มการออกกำลังกายสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย)

Situation/baseline : **1. ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น**

2. การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ช่องทางการสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย 3 ประเด็น ได้แก่ 1.การกินร้อนช้อนกลางล้างมือ (กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ และกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย) 2.การลดหวานมันเค็ม (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ) 3.การออกกำลังกาย (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ) 4.สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย (NCD การแพทย์)	**<u>กิจกรรมระดับจังหวัด</u>** 1. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สรุปสถานการณ์ปัญหาปัจจุบันใน 4 ประเด็น 2. กำหนดนโยบายและมาตรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เรื่อง การกินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ การลดหวานมันเค็มและการออกกำลังกายสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย 3. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายระดับจังหวัด 4. ประชุมชี้แจงและมอบนโยบายแก่ผู้บริหาร / ผู้เกี่ยวข้อง 5. กำหนดแผนงานและภารกิจในแต่ละระดับเพื่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ(ตามที่กลุ่มงานที่รับผิดชอบกำหนด)	**<u>กิจกรรมระดับอำเภอ</u>** 1. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สรุปสถานการณ์ปัญหาปัจจุบันเช่น 2. ระบาดวิทยาโรคติดต่อทางเดินหายใจ และทางเดินอาหารและน้ำ 3. การบริโภคเครื่องปรุงรสประเภทโซเดียม 4. ค่า BMI / ภาวะอ้วน 5. เจ้าหน้าที่/บุคคลที่ขาดการออกกำลังกาย 6. รพท. รพช. และ สสอ.มีนโยบายขับเคลื่อนให้เกิด One health One District และนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ในโรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก วัด ดำเนินการดังนี้ 1) จัดให้มีช้อนกลางในการตักอาหารรับประทานร่วมกัน 2)จัดให้มีสถานที่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร	**<u>กิจกรรมด้านสังคม</u>** 1. มีนโยบายสาธารณะในโรงเรียน และชุมชนเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ 1) ลดเค็ม กินจืด ยืดชีวิต 2) Health Activity 3) ชุมชน/หมู่บ้าน ดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (อาหาร ออกกำลังกาย บุหรี่ การป้องกันวัณโรค การใช้ยาสมเหตุผล) 4) โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ โรงเรียนเค็มน้อยเค็ม นำร่อง1 อำเภอ 1 ตำบล 1 โรงเรียน 1 หมู่บ้าน (บูรณาการกับ setting โรงเรียนและตำบลจัดการคุณภาพชีวิต) 2. มีมาตรการทางสังคมเพื่อเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

แบบเสนอแผนปฏิบัติราชการ ประเด็น Function Base

ปีงบประมาณ 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็น :สุขภาพจิต /การป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

เป้าหมาย (Target) :ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป

Situation/baseline : 1.อัตราฆ่าตัวตายสำเร็จ ปี 2560 – 2562 เท่ากับ 6.06, 6.63 และ 8.94 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

2.ร้อยละผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำซ้ำใน 1 ปี ปี 2560-2562 เท่ากับ 91.06,96.74 และ 94.25

3.ร้อยละผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ปี 2560-2562 เท่ากับ 48.33,73.72 และ 91.65

ประเด็นที่ต้องการ:

1. **มาตรการที่สำคัญเน้นหนักในปี 63**
   1) เพิ่มศักยภาพขีดความสามารถในการคัดกรอง และจับสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย
   2) พัฒนาระบบบริการ และเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช
   3) พัฒนาระบบฐานข้อมูล และการสื่อสารประชาสัมพันธ์
2. **พื้นที่เน้นหนัก :** :ทุกอำเภอ ทุกตำบล ทุกหมู่บ้าน
3. **โครงการแผนงาน/กิจกรรม ที่ต้องดำเนินการ**

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต)
1)เพิ่มศักยภาพขีดความสามารถในการคัดกรองและจับสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย	1.พัฒนาทักษะ จนท.สาธารณสุข /อสม. ในการคัดกรองและจับสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย 2.การคัดกรองค้นหาผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในสถานบริการ /ในชุมชน 3.การติดตามดูแลและส่งต่อกลุ่มเสี่ยงเข้าระบบบริการ	1. กำหนดนโยบายและชี้แจงระดับอำเภอ 2.พัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขในการจับสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย (ความรู้ ความตระหนักในเรื่อง สัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย) ในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข ระดับอำเภอ 3. จัดทำแนวทางการดำเนินงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การเฝ้าระวัง ติดตามดูแล ในสถานบริการ/ในชุมชน 4. สรุปผลการดำเนินงาน	1.ขับเคลื่อนการดำเนินงานตามมาตรการ ทั้งด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข ทุกแผนกที่เกี่ยวข้องใน รพ./จนท.สาธารณสุขระดับตำบล /แกนนำ /อสม. 2.วิเคราะห์ข้อมูลและจัดทำแผนการเฝ้าระวัง คัดกรองและจับสัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงคลินิกผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา ยาเสพติด และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และประชาชนทั่วไปในพื้นที่ 3.พัฒนาระบบการส่งต่อ กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในคลินิกจิตเวช 4.บูรณาการกิจกรรมการเฝ้าระวัง คัดกรองในภาคี เครือข่าย	1.รพ.สต. ส่งบุคลากร เข้ารับการพัฒนาศักยภาพในเรื่องการจับสัญญาณเตือน และการช่วยเหลือเบื้องต้น 2.มีการพัฒนาศักยภาพ อสม./แกนนำ ในการจับสัญญาณความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้น ในชุมชน 3.เจ้าหน้าที่และ อสม.มีการคัดกรองผู้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิต โรคซึมเศร้า โรคติดสุรา ยาเสพติด และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง) และติดตามเยี่ยมบ้านทุกคน 4. มีการส่งต่อกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย พบพยาบาลจิตเวช

			หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงเรียน 5. กำหนด รพ.สต.นำร่องในการเฝ้าระวัง ฯ อำเภอละ 1 แห่ง 6. รพช. บันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้ม	5.รพ.สต.บันทึกข้อมูลการเยี่ยมใน 43 แฟ้ม 6.สรุปผลการดำเนินงาน ในพื้นที่

3. โครงการแผนงาน/กิจกรรม ที่ต้องดำเนินการ(ต่อ)

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต.)
2)พัฒนาระบบบริการและเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช	1. พัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช -ด้านบุคลากร -ด้านสถานที่ -ด้านระบบบริการ -ด้านการส่งต่อ -ด้านการติดตามดูแล	1.รวบรวมข้อมูลการประเมินตนเองของสถานบริการ และสรุปผลการประเมินก่อนการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ 2.จัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ และจัดประชุมคณะทำงาน Service Plan ระดับจังหวัด 3.ประชุม Tele conference เพื่อพัฒนางานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในประเด็นเน้นหนัก 4.ทีมพี่เลี้ยงระดับจังหวัด จัดทำแผนสนับสนุนวิชาการ /Coaching /นิเทศติดตามการพัฒนาคุณภาพใน รพ. / รพ.สต./ PCC	1วิเคราะห์โอกาสพัฒนาจากผลการดำเนินงานสุขภาพจิต ปี 2562 และจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการ เพื่อยกระดับมาตรฐานบริการ และทำแผนป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตในแต่ละพื้นที่ 2มีการประเมินตนเอง และจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 3..สสอ รวบรวมและสรุปการประเมินตนเอง และแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ภาพรวมอำเภอ 4.คปสอ.จัดทำแผนนิเทศ ติดตาม เพื่อพัฒนา รพ.สต. ในการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตตามบริบทของปัญหาในแต่ละตำบล 5.จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามกลุ่มเสี่ยง เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกราย ไม่ให้ขาดยา 6. มี Best practice/เรื่องเล่าอย่างน้อย 1 เรื่อง	1. PCC/ PCU /รพ.สต. มีการประเมินตนเอง เพื่อจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 2. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า และฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคจิตจำแนกตามกลุ่มเสี่ยง เพื่อติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทุกรายไม่ให้ขาดยา 3. การสร้างความเข้มแข็งให้กับภาคีเครือข่ายอสม.ทุกคนในการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ทุกหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ 4.มี Best practice/ เรื่องเล่า อย่างน้อย 1 เรื่อง

3. โครงการแผนงาน/กิจกรรม ที่ต้องดำเนินการ

มาตรการ	กิจกรรมหลัก	ระดับจังหวัด	กิจกรรมระดับอำเภอ	กิจกรรมระดับตำบล (รพ.สต)
3)การสื่อสารประชาสัมพันธ์และพัฒนาระบบฐานข้อมูล	การสร้างการมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย	1.ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส เพิ่มความตระหนัก ในการให้ความรอบรู้ สัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่เครือข่ายระดับจังหวัด / อำเภอ 2.วิเคราะห์ระบาดวิทยา ระดับจังหวัดและอำเภอ ตำบล เพื่อสะท้อนข้อมูลในคณะกรรมการ กวป. ในการประกอบการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา /และเพื่อสร้างความตระหนักในการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 3.ผลิตสื่อ รณรงค์ประชาสัมพันธ์สถานการณ์และปัญหาการฆ่าตัวตายของจังหวัด เพื่อสร้างความตระหนักแก่ประชาชน 4.พัฒนาพื้นที่นำร่องในการเฝ้าระวัง ป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย (โครงการฯ กลุ่มจังหวัด) 4.ติดตาม ประเมินผลการบันทึกข้อมูลการให้บริการด้านสุขภาพจิตใน 43 แฟ้มและส่งเข้า HDC และโปรแกรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V) ทุกเดือน	1.ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส เพิ่มความตระหนักในการให้ความรอบรู้ สัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่เครือข่ายระดับอำเภอ /ตำบล 2.วิเคราะห์ระบาดวิทยา อำเภอและตำบล เพื่อสะท้อนข้อมูลในคณะกรรมการ คปสอ./พชอ. ในการประกอบการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา /สร้างการมีส่วนร่วม และความตระหนักในการเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ในพื้นที่ 3.บูรณาการกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ด้วย 3 ส (สอดส่อง มองหา Look /ใส่ใจ รับฟัง Listen /ส่งต่อ เชื่อมโยง Link) ในกิจกรรม พชอ. 4.พัฒนานวัตกรรม จัดทำสื่อประเภทต่าง ๆ เพื่อใช้ในการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 5.พัฒนาระบบฐานข้อมูลการให้บริการสุขภาพจิต โดยการบันทึกการให้บริการสุขภาพจิตในระบบ ใน HDC / 43 แฟ้มและโปรแกรมการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเสี่ยงต่อความรุนแรง (SMI-V)ให้มีคุณภาพ 6.พื้นที่นำร่อง 4 อำเภอ (อำเภอ	1.บูรณาการกิจกรรมเฝ้าระวัง ป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย ด้วย 3 ส (สอดส่อง มองหา /ใส่ใจ รับฟัง /ส่งต่อ เชื่อมโยง) ในกลุ่ม อสม./แกนนำชุมชน ในทุกหมู่บ้าน 2.วิเคราะห์ระบาดวิทยาระดับตำบล ปัญหาสุขภาพจิตรายหมู่บ้าน เพื่อสะท้อนข้อมูลในคณะกรรมการกองทุนตำบล ในการจัดทำแผนป้องกัน แก้ไขปัญหาตามบริบทแต่ละหมู่บ้าน 3.ประชาสัมพันธ์ สร้างกระแส เพิ่มความตระหนัก โดยใช้สื่อวิทยุชุมชน / สื่อโซเชียล ในการให้ความรอบรู้ สัญญาณเตือนความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ชุมชน 4.การพัฒนานวัตกรรม จัดทำสื่อประเภทต่าง ๆ เพื่อใช้ในการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่ 5.พัฒนาระบบฐานข้อมูลการให้บริการสุขภาพจิต โดยการบันทึกการให้บริการสุขภาพจิตใน 43 แฟ้ม 6.มีชุมชนต้นแบบ ใน 4 อำเภอนำร่อง ที่เข้าร่วมโครงการฯ **(ม่วงสามสิบ ,ตระการพืชผล,วารินชำราบ และ น้ำยืน)**

Small Success	<u>3 เดือน</u> 1.กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 25 2.มีแผนงานโครงการกิจกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาฆ่าตัวตายในพื้นที่ 3.ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ใน 365 วัน ร้อยละ 95	<u>6 เดือน</u> 1.กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 50 2.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.0 ต่อแสนประชากร 3.ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ใน 365 วัน ร้อยละ 95	<u>9 เดือน</u> 1.กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 75 2.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.0 ต่อแสนประชากร 3.ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ใน 365 วัน ร้อยละ 95	<u>12 เดือน</u> 1.กลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 90 2.อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.0 ต่อแสนประชากร 3.ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับไปทำร้ายตนเองซ้ำ ใน 365 วัน ร้อยละ 100
M & E	แผนงานโครงการกิจกรรมการป้องกัน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่	การผลิตสื่อในการดำเนินกิจกรรมป้องกันแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตาย	Best Practice / เรื่องเล่า	ชุมชนต้นแบบ อำเภอสุขภาพจิตดี

4. **แหล่งงบประมาณที่จะดำเนินการ : งบCUP /PP อำเภอ/กองทุนตำบล**
5. **จัดทำแผนปฏิบัติการของอำเภอ :**
    1) การป้องกัน แก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายในพื้นที่
    2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชใน รพ.ศ./รพ.ท./รพ.ช/รพ.สต./

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
กลุ่มเป้าหมาย คือ 1. ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 25 ตำบล (1 ตำบล 1 หมู่บ้าน 1 โรงเรียน 1 สถานบริการ) 2. สถานที่จำหน่ายอาหารในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 59 แห่ง (เทศบาล) 3. สมาชิกผู้ประกอบการร้านอาหาร	6. ผลิตชุดความรู้ให้กับพื้นที่เผยแพร่ให้ประชาชนต่อไป - จัดทำหนังสั้น หรือคลิปวิดีโอเรื่อง กินร้อนช้อนกลางล้างมือ ลดหวานมันเค็ม ออกกำลังกาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย - จัดทำสื่อ Infographic ใน 4 ประเด็น - ป้ายประชาสัมพันธ์ ใน 4 ประเด็น - ป้ายตั้งโต๊ะร้านอาหารกินร้อนช้อนกลางล้างมือ - Spot ความรู้ด้านสุขภาพ 7. ประชาสัมพันธ์สื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ - Facebook - เพจประชาสัมพันธ์ สสจ.อุบลราชธานี - กลุ่มไลน์ทั้งในและนอกหน่วยงาน เช่น ไลน์สื่อมวลชน ไลน์รวมพลสสจ.อุบลราชธานี ไลน์ผู้รับผิดชอบงาน สารนิเทศ เขตสุขภาพที่ 10 ไลน์หมู่บ้าน เป็นต้น - จัดรายการทางสถานีวิทยุ สวท.อุบลราชธานี - Website สสจ.อุบลราชธานี - ทางสำนักสารนิเทศ - เพจกระทรวงสาธารณสุข We are MOPH - เพจ PRสา'สุข 8. จัดประกวดคลิป หนังสั้น Infographic ระดับจังหวัด 9. จัดกิจกรรม Event ใน 4ประเด็น เช่น ประชุมประจำเดือนหน่วยงานราชการในจังหวัดอุบลราชธานี ประเมิน BMI ผู้เข้าร่วมประชุม สาธิต	พร้อมติดป้ายการล้างมือ 7 ขั้นตอน 3)จัดตั้งทีมติดตาม ประเมินผลการดำเนินงาน 4) พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็น "โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ" จำนวน 26 โรงพยาบาล - โรงพยาบาลเค็มน้อย - อาหารกลางวันเพื่อสุขภาพ - จัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพ - จัดให้มีช้อนกลางในการตักอาหารรับประทานร่วมกัน - จัดให้มีที่ล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร - กำหนดวันออกกำลังกาย จัดหาอุปกรณ์และพื้นที่ในการออกกำลังกาย - กำหนดวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสำหรับแต่ละบุคคล 7. แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายระดับอำเภอ หรือบูรณาการร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.3 มิติ : 1) ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) 3) ธรรมนูญตำบล)	- สมัชชา - ธรรมนูญตำบล ธรรมนูญหมู่บ้าน / ธรรมนูญ อสม.) - มาตรการหรือข้อตกลงของหมู่บ้าน เช่น มาตรการเพื่อนชวนเพื่อนออกกำลังกาย มาตรการลดหวานมันเค็ม 3. พัฒนาช่องทางการสื่อสารสุขภาพและประชาสัมพันธ์ผ่านช่องทางต่างๆ เช่น - หอกระจายข่าว เสียงตามสาย - วิทยุชุมชน - สื่อบุคคล อสม.ออนไลน์ - ไลน์กลุ่ม เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มหมู่บ้าน ชมรมต่างๆ เป็นต้น 4. จัดทำแหล่งเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในชุมชน เช่น ฐานการเรียนรู้ต่างๆ ชมรมต่างๆ 5. จัดทำข้อมูลการบริโภคเครื่องปรุงรสประเภทโซเดียมใน โรงเรียน ครอบครัว ชุมชน วิเคราะห์ส่งข้อมูลคืนให้แก่ โรงเรียน ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น 6. จัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ลานกีฬา อุปกรณ์การออกกำลังกาย เป็นต้น 7. สร้างและขับเคลื่อน ธรรมนูญ อสม. /อสม.

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
	การออกกำลังกาย เมนูชูสุขภาพ ชุดอาหารว่าง ตัวอย่างที่กำหนดค่าแคลอรี่ 10. ออกแบบสื่อตั้งโต๊ะ/สื่อประชาสัมพันธ์ในรูปแบบไฟล์อิเลกทรอนิก“ร้านนี้กินร้อนช้อนกลางล้างมือ” ให้ อปท. จัดสนับสนุนให้กับร้านอาหารในพื้นที่ 11. กำหนดรูปแบบการออกกำลังกาย แบบ Exercise challenge ที่เป็นที่นิยม เช่น 1) แบบลดน้ำหนัก 2) แบบลดเฉพาะสัดส่วนของร่างกาย 3) แบบเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ 4) แบบเพื่อสุขภาพ วิธีการ challenge (เพื่อนชวนเพื่อนออกกำลังกาย) 1) ระหว่าง บุคคล 2) กลุ่มงาน หรือหน่วยงานย่อยภายในสังกัด สธ. หรือหน่วยงานอื่น 3)หน่วยงาน องค์กร ชมรม ระดับจังหวัด และอำเภอ(ภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน และ อสม.) 12. จัดทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 13. ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของอำเภอ/ตำบล 14. พัฒนาส่งเสริมสถานที่จำหน่ายอาหารที่เข้าร่วมโครงการให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน	8. กำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ประเด็น (การกินร้อนช้อนกลางล้างมือ การลดหวานมันเค็มและการออกกำลังกายสัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย) 9. กำหนดรูปแบบการออกกำลังกาย - การออกกำลังกายแบบลดน้ำหนัก - การออกกำลังกายแบบลดเฉพาะสัดส่วนของร่างกาย - การออกกำลังกายแบบเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ - การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ **วิธีการออกกำลังกายโดยการ challenge** - ระหว่างบุคคล - ระหว่างกลุ่มงานหรือหน่วยงาน ภายในสังกัดกระทรงสาธารณสุข หรือหน่วยงานอื่น - หน่วยงาน องค์กร ชมรม ระดับจังหวัดและระดับอำเภอ (ภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชนและ อสม.) **มาตรการ** : เพื่อนชวนเพื่อนออกกำลังกาย 10. อำเภอจัดทำคลิปสั้น VDO “วิถีไตเรื้อรัง” เล่าเรื่องราวของผู้ป่วย DM HT CKD CAPD HD 1 อำเภอ 1 คลิป โดยนำเสนอเรื่องราวที่แสดงให้เห็นถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้	ต้นแบบ / บุคคลต้นแบบและครอบครัวต้นแบบด้านสุขภาพ 8. เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ โดย อสม. และแกนนำสุขภาพครอบครัว 9. พัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารต้นแบบสนับสนุนกิจกรรมกินร้อนช้อนกลางล้างมือ

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
		ในการดูแลรักษา ซึ่งเป็นการรักษาดูแลตลอดชีวิต 11. จัดทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ 12. ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ตำบล 13. ทีม PR ของอำเภอเชิญชวนผู้บริหารและเจ้าหน้าที่เข้าร่วมกิจกรรม **<u>กิจกรรมระดับตำบล</u>** 14. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ สรุปสถานการณ์ปัญหาปัจจุบัน 15. กำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ประเด็น (การกินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ การลดหวานมันเค็มและการออกกำลังกาย สัญญาณเตือนการฆ่าตัวตาย) 16. ชี้แจงนโยบายการกินร้อนช้อนกลางล้างมือให้แก่ผู้บริหารและคณะครู ในโรงเรียนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และวัด 17. ส่งเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ความตระหนักรู้ การตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ใน 4 ประเด็นโดยจนท.สธ./อสม.ต้นแบบ/บุคคลต้นแบบ/ครอบครัวต้นแบบ เช่น	

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
		1) จัดกิจกรรมรณรงค์การกินร้อน ช้อนกลางล้างมือในโรงเรียนและชุมชน 2) จัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงเลี่ยงไต แซ่บนัวอย่างไร ให้ไตแข็งแรงแก่ อสม. ประชาชนกลุ่มเสี่ยง และประชาชนทั่วไป 3) อสม. รักษ์ไต คู่หูในหลังคาเรือนที่มีผู้ป่วย 18. กำหนดรูปแบบการออกกำลังกายและวิธีการ challenge (เพื่อนชวนเพื่อนออกกำลังกาย) 19. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังการจัดกิจกรรม 20. เฝ้าระวังอุบัติการณ์เกิดโรคติดต่อทางเดินหายใจและโรคติดต่อและโรคติดต่อการเดินอาหารและน้ำ 21. อปท.ส่งเสริม สนับสนุนพฤติกรรมการกินร้อนช้อนกลางล้างมือในสถานที่จำหน่ายอาหาร (กฎหมาย พรบ.การสาธารณสุข ๒๕๓๕) 22. ของบสนับสนุนจัดซื้ออุปกรณ์ (ใช้เงินกองทุนตำบล/บูรณาการใน อสค.) - ซื้อเครื่องตรวจวัดโซเดียมสำหรับ อสม.ทุกหมู่บ้าน - จัดซื้อโมเดลอาหารสนับสนุน รพ.สต.	

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
		(เสนอโครงการใช้เงินกองทุนตำบล) 23. เฝ้าระวังยาชุด ยาสเตียรอยด์ อาหารเสริมสมุนไพร ขนมขบเคี้ยวที่มีโซเดียมสูง 24. การสื่อสารสาธารณะที่เจาะกลุ่มทาง โซเชียล 25. เกลืออาหารทางเลือกทดแทนลดเค็ม เช่น ใช้น้ำปลาที่มีโซเดียมต่ำ 26. ทีม PR ของตำบล เชิญชวนข้าราชการในพื้นที่ และประชาชนเข้าร่วมกิจกรรม	
Small Success	<u>ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)</u> 1. มีการสรุปสถานการณ์และปัญหาในปัจจุบัน ต.ค.62 2. มีนโยบายและมาตรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พ.ย.62 3. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนฯระดับจังหวัด พ.ย.62 4. ประชุมชี้แจง มอบนโยบายการดำเนินงาน ธ.ค. 62 5. ผลิตชุดความรู้ใน 4 ประเด็น ธ.ค. 62 6. กำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมาย 4 ประเด็นของพื้นที่ ธ.ค. 62 (ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 25 ตำบล) 7. การขับเคลื่อนโยบายระดับ อปท. ธ.ค. 62	<u>ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)</u> 1. มีผลการสรุปสถานการณ์และปัญหาในปัจจุบัน ต.ค. 62 2. มีนโยบายและมาตรการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พ.ย. 62 3. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับอำเภอ (พชอ.)พ.ย. 62 4. มีกลไกขับเคลื่อนโดยใช้ธรรมนูญตำบล 5. อำเภอจัดส่งชุดความรู้ใน 4 ประเด็นให้ รพ.สต. ชุมชน หน่วยงานราชการ ธ.ค. 62 6. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย 4 ประเด็นในพื้นที่ ธ.ค. 62 (ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต25 ตำบล)	<u>ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)</u> 1. มีการสำรวจปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน เช่น ลานกีฬา อุปกรณ์การออกกำลังกายเป็นต้น ธ.ค. 62 2. มีการสำรวจข้อมูลช่องทางการสื่อสารสุขภาพในชุมชน เช่น หอกระจายข่าว เสียงตามสาย วิทยุชุมชน สื่อบุคคล สื่อออนไลน์ เป็นต้น ธ.ค. 62 3. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับตำบล (พชต.) ธ.ค. 62 **กิจกรรมกินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ** - ชุมชนมีนโยบายสาธารณะ - โรงเรียนมีนโยบาย

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
		กิจกรรมกินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ - เชิญชวนร้านอาหารเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อยอำเภอละ 2 ร้าน รณรงค์การใช้ช้อนกลาง มีที่ล้างมือสำหรับผู้รับบริการ - ส่งเสริมการจัดที่ล้างมือให้เด็กนักเรียนในโรงเรียนให้เพียงพอ **กิจกรรมลดหวาน มัน เค็ม** - กำหนดนโยบายให้โรงพยาบาลทุกแห่งเป็นโรงพยาบาลเค็มน้อย - ส่งเสริมการจัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพในการประชุมของหน่วยงานราชการ - อำเภอจัดทำคลิปสั้น “วิถีไตเรื้อรัง” ๑อำเภอ ๑คลิป **กิจกรรมออกกำลังกาย** - มีทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมายที่ไม่ออกกำลังกาย หรืออ้วนลงพุง - มีรูปแบบการออกกำลังกายแบบ Exercise challenge	- อปท.มีแผนสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานของโรงเรียนและหมู่บ้าน - เชิญชวนร้านอาหารในพื้นที่เข้าร่วมโครงการ **กิจกรรมลดหวานมันเค็ม** - มีรายชื่อ อสม.ครอบครัวเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นต้นแบบ **กิจกรรมออกกำลังกาย** - มีแผนที่จะปรับปรุงสถานที่ออกกำลังกาย สนับสนุนอุปกรณ์ออกกำลังกาย

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
	<u>ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)</u> 1. จัดทำระบบลงทะเบียนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมในเว็ปไซค์ / APP สสจ. ม.ค. 63 2. ชี้แจงการบันทึกข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมในเว็ปไซค์สสจ.ให้แก่พื้นที่ ม.ค. 63 3. จัดทำแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ม.ค. 63 4. ผลิตชุดความรู้ใน 4 ประเด็นผ่านสื่อออนไลน์ ม.ค. – ก.พ. 63 5. ติดตามการดำเนินงานใน อปท. มี.ค. 63 6. จัดประกวดคลิปสั้น/Infographic ระดับจังหวัด มี.ค. 63	**<u>ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)</u>** 1. ชี้แจงการบันทึกข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมในเว็ปไซค์ / App สสจ.และเว็ปไซด์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เว็ปไซด์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นต้น ม.ค. 63 2. ส่งเสริมการให้ความรู้ ความเข้าใจใน4 ประเด็น (กินร้อนช้อนกลางล้างมือ การลดหวานมันเค็มและการออกกำลังกาย)โดย จนท.สธ. / อสม.ต้นแบบ / บุคคลต้นแบบ/ ครอบครัวต้นแบบ / อปท./ ม.ค. - ก.พ. 63 3. อำเภอจัดส่งชุดความรู้ใน ๓ ประเด็น ให้ รพ.สต. ชุมชน หน่วยงานราชการ เพื่อเผยแพร่ต่อไป ม.ค. – ก.พ. 63 4. เก็บข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนดำเนินกิจกรรม และวิเคราะห์ปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ ม.ค. 63 **กิจกรรมกินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ** - ประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ อปท./ผู้ประกอบการ/โรงเรียน - ร้านอาหารดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ตรวจประเมินสุขาภิบาลอาหาร	**<u>ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)</u>** 1. จัดหา ปรับปรุง แก้ไข ปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในชุมชน ม.ค. – ก.พ. 63 2. จัดหา ปรับปรุง แก้ไขช่องทางการสื่อสารสุขภาพในชุมชน ม.ค. – ก.พ. 63 3. จัดทำแผนขอรับงบประมาณสนับสนุนจาก อปท. เพื่อพัฒนาช่องทางการสื่อสารและพัฒนาปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก.พ. 63 4. มีการขับเคลื่อนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ประเด็น โดยใช้กลไกธรรมนูญตำบล ม.ค. – มี.ค. 63 กิจกรรมกินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ กิจกรรมลดหวาน มัน เค็ม กิจกรรมออกกำลังกาย 5. การพัฒนาต้นแบบ สถานที่จำหน่ายอาหาร ส่งเสริมพฤติกรรมการกินร้อนช้อนกลางล้างมือ

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
		- โรงเรียนจัดทำที่ล้างมือให้เพียงพอกับจำนวนนักเรียน - โรงเรียนบรรจุวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอนในวิชาเรียนสุขศึกษา - อปท.สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่ กิจกรรมลดหวานมันเค็ม - สร้างความรอบรู้ในการเลือกบริโภคอาหาร ปรุงอาหารสำหรับนักเรียน ครู แม่ครัว ครอบครัว ชุมชน - สร้างความตระหนัก เรียนรู้ผ่านสื่อออนไลน์ จากสถานการณ์จริง ในกลุ่มนักเรียน กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย - ดำเนินการโรงพยาบาลเค็มน้อย - จัดทำแผนของบสนับสนุนจาก อปท.เพื่อจัดซื้อเครื่องวัดโซเดียมโมเดลอาหาร - เฝ้าระวังยาชุด ยาสเตรียรอยด์ อาหารเสริม สมุนไพร เป็นต้น	

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
	<u>ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)</u> 7. ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ เม.ย. – มิ.ย.63 8. ติดตามการดำเนินงานใน อปท. เม.ย. – มิ.ย. 63 9. ผลิตชุดความรู้ใน 4 ประเด็น เม.ย. 63 10. เผยแพร่คลิปที่ชนะเลิศระดับจังหวัดสู่พื้นที่ เม.ย. 63	**กิจกรรมออกกำลังกาย** <u>ไตรมาสที่ 3 (9 เดือน)</u> 1. อำเภอจัดส่งชุดความรู้ใน 4 ประเด็นให้ รพ.สต. ชุมชน หน่วยงานราชการ เพื่อเผยแพร่ต่อไป เม.ย. 63 2. ติดตามสนับสนุนการดำเนินงานของพื้นที่ตำบล เม.ย. – มิ.ย. 63 **กิจกรรมกินร้อนช้อนกลางล้างมือ** - ร้านอาหารดำเนินงานตามหลักเกณฑ์ตรวจประเมินสุขาภิบาลอาหาร - โรงเรียนจัดทำที่ล้างมือให้เพียงพอกับจำนวนนักเรียน - โรงเรียนบรรจุวิธีการล้างมือ 7 ขั้นตอนในวิชาเรียนสุขศึกษา - จัดกิจกรรมรณรงค์การล้างมือการใช้ช้อนกลางใน ร.ร./ศพด. **กิจกรรมลดหวาน มัน เค็ม** - อปท.สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในพื้นที่ กิจกรรมลดหวาน มัน เค็ม - สรุปประเมินผลการดำเนินงาน - ส่งคืนข้อมูลให้กับชุมชน	<u>ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)</u> 1. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ 4 ประเด็นของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เม.ย. – มิ.ย. 63 **กิจกรรมกินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ** - การขยายผลร้านอาหารต้นแบบใน อปท. **กิจกรรมลดหวาน มัน เค็ม** - มีนโยบายสาธารณะในโรงเรียนและชุมชน **กิจกรรมออกกำลังกาย** - มีชมรมออกกำลังกาย - มีสถานที่ออกกำลังกาย

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
	<u>ไตรมาสที่ 4(12 เดือน)</u> 11. สรุปผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังจัดกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมายภาพรวมจังหวัด ส.ค. 63 12. ประเมินเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับจังหวัด ก.ค.-ส.ค.63 13. สรุปผลการดำเนินงาน ก.ย. 63	- วางแผนพัฒนาปีต่อไป **กิจกรรมออกกำลังกาย** - มีชมรมออกกำลังกาย - มีสถานที่ออกกำลังกาย <u>ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)</u> 7. ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพหลังจัดกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมาย ส.ค. 63 8. ประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงาน ก.ย. 63 กิจกรรมกินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ - ประเมินเฝ้าระวังสถานการณ์ด้านสุขาภิบาลอาหารในระดับอำเภอ กิจกรรมลดหวาน มัน เค็ม กิจกรรมออกกำลังกาย	<u>ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)</u> 1. ประเมินผลและรายงานผลการดำเนินงาน ก.ย. 63 กิจกรรมกินร้อนช้อนกลาง ล้างมือ กิจกรรมลดหวาน มัน เค็ม กิจกรรมออกกำลังกาย
M & E	<u>Coaching</u> 1. ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง <u>Mornitoring</u> 1. นิเทศ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง 2. สรุปผลการประชุม ผลการนิเทศติดตามและสรุปผลงานดำเนินงาน <u>Evaluation</u>	<u>Coaching</u> 1. ประชุมชี้แจงผู้ที่เกี่ยวข้อง <u>Mornitoring</u> 1. นิเทศ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลัง 2. สรุปผลการประชุม ผลการนิเทศติดตามและสรุปผลงานดำเนินงาน <u>Evaluation</u>	<u>Monitoring</u> 1. มีนโยบายสาธารณะ/ธรรมนูญตำบล/ธรรมนูญหมู่บ้าน/มาตรการทางสังคม 2. อปท.มีแผนงานโครงการเพื่อสนับสนุนความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ประเด็น <u>Evaluation</u> 1. จำนวนหน่วยงานราชการ/สถานประกอบการ/

Strategy /มาตรการ	มาตรการ 1การขับเคลื่อนระดับจังหวัด	มาตรการ 2การขับเคลื่อนของหน่วยงานอำเภอ / สถานบริการสาธารณสุข	มาตรการ 3การขับเคลื่อนด้านสังคม
	1. มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม 2. ประเมินผลดัชนีมวลกาย (BMI)ก่อนและหลังกิจกรรม3. มีการสรุปผลการประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 4. อุบัติการณ์เกิดโรคติดต่อทางเดินหายใจและโรคติดต่อการเดินอาหารและน้ำลดลง	1. มีฐานข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม 2. ประเมินผลดัชนีมวลกาย (BMI)ก่อนและหลังกิจกรรม 3. มีการสรุปผลการประเมินความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพ 4. อุบัติการณ์เกิดโรคติดต่อทางเดินหายใจและโรคติดต่อการเดินอาหารและน้ำลดลง 5. โรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพ	ร้านอาหาร/ประชาชนที่เข้าร่วมกิจกรรม 2. ชุมชนมี อสม.หมอประจำบ้าน/อสม.ต้นแบบ/บุคคลต้นแบบ/ครอบครัวต้นแบบ/ร้านอาหารต้นแบบ 3. โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 4. หมู่บ้านรอบรู้ด้านสุขภาพ

แบบเสนอแผนปฏิบัติราชการ ประเด็น Function Baseปีงบประมาณ งบประมาณ 2563 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประเด็น :การพัฒนาระบบส่งต่อ

เป้าหมาย (Target) : 1.เพื่อให้ผู้รับบริการ เข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม ตามศักยภาพของสถานพยาบาลแต่ละระดับ

2.เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับการส่งต่ออย่างเหมาะสม และมีคุณภาพ

3.เพื่อพัฒนาระบบบริการการส่งต่อทุกระดับของสถานบริการสาธารณสุข

Situation/baseline :การส่งต่อจากแม่ข่าย ลูกข่ายในจังหวัดอุบลฯมาที่โรงพยาบาลสรรสิทธิ์ ยังไม่ลดลง และคุณภาพการส่งต่อยังไม่ได้ตามมาตรฐาน

Strategy / มาตรการ	มาตรการ 1 การพัฒนาระบบการส่งต่อ	มาตรการ 2 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	มาตรการ3 การพัฒนาระบบเครื่องมือและอุปกรณ์การส่งต่อ
การพัฒนาระบบส่งต่อ **เป้าหมาย** **1.โรงพยาบาลทุกระดับ,ในจังหวัดอุบลราชธานี** **2. รพ.สต.ทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี** **3.งบประมาณจากกองทุน EMS**	**<u>กิจกรรมระดับจังหวัด</u>** **<u>(รพศ. สสจ.)</u>** 1.กำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบและแนวทางการส่งต่อทุกระดับและการส่งต่อชายแดน 2.พัฒนาระบบและแนวทางการส่งต่อ ไป- กลับระหว่างโรงพยาบาลลูกข่ายกับโรงพยาบาลศูนย์และระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับโรงพยาบาลศูนย์ให้ครอบคลุมประเด็น การส่งต่อ (Refer out) /การรับส่งต่อ (Refer in) /การส่งกลับ(Refer back) /การรับกลับ(Refer receive) /การส่งต่อไป- กลับระหว่างหน่วย 3.ถ่ายทอดนโยบายแก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง 4.ประชุมติดตาม ขับเคลื่อนการดำเนินงาน 5.รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ 6..พัฒนาระบบและทบทวนแนวทางการส่งต่อระหว่างประเทศ(AEC) ● พัฒนากลไกความร่วมมือในการส่งต่อผู้ป่วยกับประเทศเพื่อนบ้านภายใต้ MOD/MOAกับ4 แขวงลาวใต้ ● พัฒนาระบบและแนวทางการส่งผู้ป่วย/ศพระหว่างประเทศทั้งในและนอกเวลาราชการ	**<u>กิจกรรมระดับจังหวัด</u>** 1.พัฒนาฐานข้อมูลที่จำเป็นต่อการพัฒนาระบบรับส่งต่อ เช่นฐานข้อมูลผู้ให้บริการ ได้แก่ 1.1 จัดทำทำเนียบและเครือข่ายแพทย์เชี่ยวชาญเครือข่ายผู้รับผิดชอบงานรับส่งต่อของแต่ละโรงพยาบาล 1.2 กำหนดแนวทางการบันทึกข้อมูลและการจัดเก็บข้อมูลที่สำคัญ การจัดทำรายงาน การเก็บตัวชี้วัด 2.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่รองรับงานรับส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลของเครือข่ายทั้งระดับจังหวัด - พัฒนา Smart Refer 3.กำหนดเป็นนโยบายในการคัดกรองและ identified person ที่ด่านเพื่อเชื่อมต่อกับระบบการส่งต่อของไทย 4. พัฒนาระบบการจัดเก็บและเชื่อมข้อมูลระหว่างด่านคร. กับรพ.สิรินธร, รพ.พิบูลมังสาหาร รพ.วารินชำราบ และรพ.สรรพสิทธิประสงค์ รวมทั้งรพ.เฉพาะทาง	<u>กิจกรรมระดับจังหวัด</u> <u>(รพศ. สสจ.)</u> 1 การจัดสรรงบประมาณในการจัดหา Central supply 2 การจัดซื้ออุปกรณ์ตามส่วนขาด 3 จัดระบบการแลกเปลี่ยนเครื่องมือ Central supply เมื่อมีการส่งต่อ 4 จัดระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ในรถส่งต่อ 5 จัดระบบการใช้รถส่งต่อให้ได้มาตรฐาน พร้อมใช้และปลอดภัย **<u>กิจกรรมระดับอำเภอ</u>** 1.วิเคราะห์และจัดซื้ออุปกรณ์ตามส่วนขาด 2.จัดระบบการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมืออุปกรณ์ในรถส่งต่อ 3. จัดระบบการใช้รถส่งต่อให้ได้มาตรฐาน พร้อมใช้

Strategy / มาตรการ	มาตรการ 1 การพัฒนาระบบการส่งต่อ	มาตรการ 2 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	มาตรการ3 การพัฒนาระบบเครื่องมือและอุปกรณ์การส่งต่อ
	• การพัฒนาระบบการคัดกรอง/identifiedผู้ป่วยที่มาจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ที่ด่านควบคุมโรคฝั่งประเทศไทย ทั้งที่มาตามระบบและมาเอง • พัฒนาระบบ fast track ระหว่างศูนย์ส่งต่อระหว่างประเทศ (ที่ด่านคร.) กับประเทศเพื่อนบ้าน**ในแต่ละช่องทาง** • พัฒนาภาคีเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในและระหว่างประเทศกับประเทศเพื่อนบ้าน 7. กำหนดนโยบายการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศระดับจังหวัด-แขวง 8.จัดระบบติดตามงบส่งต่อค่าใช้จ่ายตามสิทธิการรักษา 9.ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 10.การพัฒนาศักยภาพบุคลากร • พัฒนาศักยภาพพยาบาลในการส่งต่อ • พัฒนาศักยภาพพนักงานขับรถ • พัฒนาศักยภาพพยาบาลENP • พัฒนาด้านความรู้ด้านกฎหมายระหว่างประเทศ • Fax-clamed • ทักษะการส่งต่อผู้ป่วย ทาง air ambulance • การสร้างขวัญกำลังใจบุคลากร 11. การพัฒนาการทำวิจัย R2R เพื่อพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศร่วมกัน 12.นำนโยบายสู่การปฏิบัติในรูปแบบต่างๆเช่น การทำประกันชีวิต บุคลากร การต่อทะเบียนรถ, พรบ.ทำประกันพาหนะส่งต่อ การพิจารณาขั้นพิเศษ.ติดGPSบนรถส่งต่อ,การเบิกจ่ายค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่	5. พัฒนาระบบ tele-medicine ที่จุดประสานงานการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศกับภาคีเครือข่ายทั้งในและระหว่างประเทศ 6.จัดทำทำเนียบและภาคีเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ 7.พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่รองรับงานรับส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมต่อกับข้อมูลระดับจังหวัดเช่น line group, call, messenger **<u>กิจกรรมระดับอำเภอ</u>** 1.นำนโยบายและแนวทางสู่การปฏิบัติ 2.ใช้ระบบสารสนเทศในศูนย์ส่งต่อตามนโยบายและด่านที่มีการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศมีการเชื่อมระบบการจัดเก็บข้อมูลกับสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ 3.จัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลทุกเดือนและมีการรายงานข้อมูลการรับส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ให้กับศูนย์ AEC **<u>กิจกรรมระดับตำบล</u>** 1.นำนโยบายและแนวทางสู่การปฏิบัติ 2.จัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลส่งต่อทุกเดือน	และปลอดภัย 4.จัดระบบการแลกเปลี่ยนเครื่องมือ Central supply เมื่อมีการส่งต่อ 5.ควบคุม กำกับ ติดตามคุณภาพระบบเครื่องมือ **<u>กิจกรรมระดับตำบล</u>** 1.ประสานหน่วยงานส่วนท้องถิ่นในการสรรหาพาหนะในการเพื่อส่งต่อให้พอเพียง 2.พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้สามารถคัดกรองผู้ป่วยในชุมชนที่ต้องส่งต่อ.

Strategy / มาตรการ	มาตรการ 1 การพัฒนาระบบการส่งต่อ	มาตรการ 2 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	มาตรการ3 การพัฒนาระบบเครื่องมือและอุปกรณ์การส่งต่อ
	<u>กิจกรรมระดับอำเภอ</u> 1. พัฒนาศูนย์ส่งต่อให้มีคุณภาพตามมาตรฐาน 2. พัฒนาระบบและแนวทางการส่งต่อไป- กลับ ในเครือข่ายทุกระดับและส่งต่อระหว่างประเทศกับภาคีเครือข่ายทุกระดับ(มี flow รองรับ) 3. ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อไป- กลับจากโรงพยาบาลลูกข่าย แม่ข่ายไปโรงพยาบาลศูนย์ 4. การลงนาม MOD/MOA เมืองคู่ขนานในการส่งต่อระหว่างประเทศ 5. ปฏิบัติตามแนวทางการรับ-ส่งต่อระหว่างประเทศที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ ด่านพรมแดนช่องเม็ก 6. กำหนดงบประมาณในการพัฒนา 7. สรรหาบุคลากรให้ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ 8. ประเมินสมรรถนะหลังการอบรม <u>กิจกรรมระดับตำบล(รพ.สต.)</u> 1.รับทราบนโยบายและนำแนวทางสู่การปฏิบัติ 2.ปฏิบัติตามแนวทางการส่งต่อไป- กลับ ในเครือข่ายบริการ 3.จัดเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ		
Small Success	**ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)** 1.จังหวัดกำหนดนโยบายในการพัฒนาระบบส่งต่อ,สรรหางบประมาณในการพัฒนาบุคลากรและสร้างขวัญกำลังใจ 2.แต่งตั้งกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด อำเภอ 3.ศูนย์ส่งต่อจังหวัดและอำเภอประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาด 4.แม่ข่ายระดับจังหวัด/แม่โซนและลูกข่ายทบทวนCPG,Flowchartส่งต่อทั้งภายในเครือข่าย,นอกเครือข่ายและส่งต่อระหว่างประเทศโดยการนำของผู้เชี่ยวชาญ	**ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)** 1.จังหวัดมอบนโยบาย 2.แต่งตั้งกรรมการดำเนินงานระดับจังหวัด อำเภอ 3.ทบทวนและพัฒนาระบบสารสนเทศ,ค้นหาช่องว่าง และพัฒนาระบบสารสนเทศ **ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)** 1.ประชุมเชิงปฏิบัติผู้รับผิดชอบศูนย์ส่งต่อทั้งในและระหว่างประเทศ	**ไตรมาสที่ 1(3 เดือน)** 1.จังหวัดกำหนดนโยบายและสรรหาแหล่งงบสนับสนุน 2.ศูนย์ส่งต่อและประเมินตนเองจัดทำแผนพัฒนาส่วนขาดของเครื่องมือและอุปกรณ์ 3.จัดระบบการแลกเปลี่ยนCentral Supply **ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)** 1.จัดซื้อเครื่องมือวัสดุ ครุภัณฑ์ที่ใช้ในระบบส่งต่อ

Strategy / มาตรการ	มาตรการ 1 การพัฒนาระบบการส่งต่อ	มาตรการ 2 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	มาตรการ3 การพัฒนาระบบเครื่องมือและอุปกรณ์การส่งต่อ
	5.กำหนดข้อตกลงโรคและหัตถการที่สามารถส่งต่อไปโรงพยาบาลในแม่โซน, โรงพยาบาลใกล้เคียงที่มีศักยภาพเพียงพอหรือส่งไปยังโรงพยาบาลสรรพสิทธิ์ 6.สร้างเครือข่ายระบบส่งต่อระหว่างประเทศและค้นหาปัญหา/ช่องว่างการส่งต่อระหว่างประเทศเมืองคู่ขนาน 7.อำเภอวิเคราะห์ความต้องการและกำหนดงบประมาณในการพัฒนาบุคลากรและสร้างขวัญกำลังใจ 8.จังหวัดกำหนดหลักสูตรและคุณสมบัติเป้าหมายผู้เข้าอบรม 9.แจ้งพื้นที่ในการสรรหาบุคลากรเข้าอบรม **ไตรมาส ที่ 2 (6 เดือน)** 1.ประชุมถ่ายทอดการใช้CPG,Flow chart แก่รพช.รพ.สต. 2.จัดผู้เชี่ยวชาญลงเยี่ยมโรงพยาบาลแม่ข่าย ครั้งที่ 1ทั้ง4โซนเพื่อติดตามนโยบาย ,นำCPGสู่การปฏิบัติ,ค้นหาปัญหาให้คำแนะนำแก่ผู้ปฏิบัติงาน 3.ยกร่าง/ลงนามMOD/MOA เรื่องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ระหว่างเมืองคู่ขนาน 4.ประชุมทบทวนCPG ,Flowchartการส่งต่อผู้ป่วย/ศพทั้งระหว่างประเทศกับภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกเวลาราชการ โดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการทำcase conference/case management 3.อำเภอส่งบุคลากรที่มีคุณสมบัติเข้ารับการอบรม **ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)** 1.ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อทบทวนระบบส่งต่อทั้งในประเทศและงการส่งผู้ป่วย/ศพระหว่างประเทศทั้งในและนอกเวลาราชการ 2.เกิดระบบการคัดกรอง/identifiedผู้ป่วยที่มาจากระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ที่ด่านควบคุมโรคฝั่งประเทศไทย	2. ทดลองใช้โปรแกรม 3.ประเมินการใช้งานโปรแกรม **ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)** 1. ประเมินผลการใช้งานโปรแกรม(evaluation program) 2. implement **ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)** สรุปผลการดำเนินงานการใช้งานโปรแกรมและวางแผนพัฒนาการใช้งานโปรแกรมต่อไป	2.อบรมการใช้เครื่องมือแก่ผู้รับผิดชอบ 3. ชี้แจงระบบCentral Supply **ไตรมาสที่ 3 (9เดือน)** ประเมินระบบ Central Supplyและระบบการใช้เครื่องมืออื่นๆ **ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)** ประเมินระบบ Central Supplyและระบบการใช้เครื่องมืออื่นๆ

Strategy / มาตรการ	มาตรการ 1 การพัฒนาระบบการส่งต่อ	มาตรการ 2 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	มาตรการ3 การพัฒนาระบบเครื่องมือและอุปกรณ์การส่งต่อ
	3.มีระบบ fast track ระหว่างศูนย์ส่งต่อระหว่างประเทศ (ที่ด่านคร.)กับประเทศเพื่อนบ้าน 4.ประชุมเชิงปฏิบัติการConference case ที่สำคัญ 5.มีภาคีเครือข่ายการส่งต่อผู้ป่วยทั้งในและระหว่างประเทศกับประเทศเพื่อนบ้าน **ไตรมาสที่ 4 (12เดือน)** 1.ติดตามเยี่ยมโรงพยาบาลแม่ข่ายครั้งที่2 ทั้ง 4 โซน 2.ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากร 3.สรุปผลการดำเนินงาน 4.research R2R		
M&E **หมายเหตุ : ให้ระบุ ระบบกำกับ Coaching และ M&E ของแต่ละมาตรการ**	**Coaching** 1.มีการกำหนดแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขาในระดับแม่ข่ายเพื่อให้คำแนะนำก่อนส่งต่อ 2.ประชุมผู้รับผิดชอบกำหนดรายโรคหรือหัตถการที่สามารถให้บริการในแต่ละโรงพยาบาลและแต่ละโซนและขับเคลื่อนการดำเนินงาน 3.การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการ(โดยแบบสุ่มรายไตรมาส) 4.เก็บmonthly report and quarterly report **Mornitoring** 1.มีแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยและทางการส่งต่อระหว่างประเทศ(AEC)จากสถานบริการทุกระดับ 2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานและมีการประชุมติดตามและสรุปผลอย่างต่อเนื่อง 3..มีเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan 4.มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยในหน่วยบริการมีการวางแผนแก้ไขและพัฒนา	1.รพ.ทุกแห่งใช้โปรแกรม ในการส่งต่อ 2.รายงาน จากฐานข้อมูล 43แฟ้ม/ แบบรายงาน monthly report, quarterly report, midyear report, Annual report / HDC/ รายงานจากศูนย์ประสานส่งต่อของหน่วยบริการ	1. สำรวจอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการส่งต่อ 2.มีระบบการแลกเปลี่ยนอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการส่งต่อที่เป็นระบบ

Strategy / มาตรการ	มาตรการ 1 การพัฒนาระบบการส่งต่อ	มาตรการ 2 การพัฒนาระบบสารสนเทศ	มาตรการ3 การพัฒนาระบบเครื่องมือและอุปกรณ์การส่งต่อ
	5.ส่งเจ้าหน้าที่เข้าอบรม 6.จัดอบรม พขร.ให้ครอบคลุม 7.ทีมงานนิเทศติดตามประเมินผลระหว่างประเทศลงนิเทศหนุนเสริมระดับพื้นที่ **Evaluation**ประเมินจาก 1.ฐานข้อมูลโปรแกรม refer/HDC /monthly report and quarterly report/mid year and annual report 2. แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตาม service plan 3.ผลงานการส่งต่อ เหมาะสมและมีแนวโน้มลดลง		