



แผนยุทธศาสตร์

การพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปีงบประมาณ 2560-2564

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

คำนำ

กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ตามนโยบายรัฐบาลที่จะนำประเทศไทยก้าวสู่ Thailand 4.0 เพื่อรองรับอนาคตที่มีความเป็นสังคมเมือง สังคมผู้สูงอายุ รวมทั้งการเข้าสู่การค้าและการลงทุน ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและลดความเหลื่อมล้ำ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ภายใต้แผน 4 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การปฏิรูประบบสุขภาพ ระยะที่ 2 การสร้างความเข้มแข็ง ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน ระยะที่ 4 การเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายคือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ภายใต้การพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (P&P Excellence) 2. ระบบบริการ (Service Excellence) 3. การพัฒนาคน (People Excellence) และ 4. ระบบบริหารจัดการ (Governance Excellence)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ได้กำหนดทิศทาง ในการทำงาน ในปีงบประมาณ 2560 -2564 โดยมีเข็มมุ่งพัฒนาหน่วยงาน ด้านบริหาร และบริการให้มีคุณภาพ ตามวิสัยทัศน์ “เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี” โดยดำเนินงาน ภายใต้ 4 ยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล ยุทธศาสตร์ที่ 3 ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ และยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข เพื่อเป้าหมายที่สำคัญ คือประชาชนชาวอุบลราชธานี มีสุขภาพดี โดยจัดกระบวนการกลไกการบูรณาการ การทำงานร่วมกัน ในยุทธศาสตร์แต่ละด้าน ตั้งแต่กระบวนการวางแผน การจัดทำรายละเอียด มาตรการ เป้าหมาย แผนงานโครงการ งบประมาณ โดยยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จัดทำเอกสารแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขของจังหวัดอุบลราชธานี ประจำปีงบประมาณ 2560-2564 ขึ้น เพื่อให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานและจัดเก็บข้อมูลตามตัวชี้วัด สามารถจัดเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ถูกต้องตามขอบเขต คำนิยามที่กำหนด ขอขอบคุณ คณะผู้บริหาร และกลุ่มงานทุกกลุ่มงานที่ได้ให้ความร่วมมือในการจัดทำเอกสารฉบับนี้เพื่อใช้ประโยชน์ร่วมกันต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

พศุฉิกายน 2559

สารบัญ	
(หน้า)	
คำนำ	ก
สารบัญ	๗
แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2560 - 2564	1
ตัวชี้วัดการพัฒนาสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2560 – 2564	4
การประเมินผลการพัฒนางานสาธารณสุข ประจำปี 2560	21
สรุปตัวชี้วัด Ranking ปีงบประมาณ 2560	23
คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด	
G1 ประชาชนมีสุขภาพะ	
ตัวชี้วัด I 1.1 (R1) ร้อยละอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง	35
ตัวชี้วัด I 1.2 เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	37
ตัวชี้วัด I 1.3 (PA , ตร. , R2) อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี	42
ตัวชี้วัด I 1.4 PA . ตร. , R3) อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	44
ตัวชี้วัด I 1.5 (PA , ตร. , R4) อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ (ร้อยละ)	48
ตัวชี้วัด I 2.1 (ตร.) อัตราส่วนการตายมารดาไทย	51
ตัวชี้วัด I 2.2 (PA , ตร.) อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	53
ตัวชี้วัด I 2.3 (PA , ตร.) อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	56
ตัวชี้วัด I 2.4 (PA , ตร. ,R5) อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร	58
ตัวชี้วัด I 2.5 (PA) อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ	60
ตัวชี้วัด I 2.6 อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก	62
G2 ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้	
ตัวชี้วัด I 3 ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5	64
ตัวชี้วัด I 4 (ตร. R6) ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	66
ตัวชี้วัด I 5 (R7) ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน จัดการสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน	73

	(หน้า)
ตัวชี้วัด I 6 (R8) ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป และมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 หมู่บ้าน	79
ตัวชี้วัด I 7 (PA , ตร.) ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน	85
G3 หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน	
ตัวชี้วัด I 8 (R9) ร้อยละหน่วยบริหารที่ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ PMQA	91
ตัวชี้วัด I 9 (R10) ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA)	94
ตัวชี้วัด I 10 (R11) ร้อยละของสถานบริการสุขภาพในจังหวัดที่ระบบบริการพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ	99
ตัวชี้วัด I 11 (R12) ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (งานเทคนิคการแพทย์) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน	102
ตัวชี้วัด I 12 ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (งานรังสีวินิจฉัย) ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (RA)	105
ตัวชี้วัด I 13 (R13) ห้องปฏิบัติการชั้นสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการบริการ (Lab ใน รพ.สต.)	108
ตัวชี้วัด I 14 (R14) ร้อยละของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี)	110
G4 ประชาชนมีความพึงพอใจ	
ตัวชี้วัด I 15 ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เกณฑ์ความพึงพอใจ ร้อยละ 80)	115
G5 ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัด I 16 (PA , ตร. ,R15) ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย	118
ตัวชี้วัด I 17 (PA , ตร.) ร้อยละของเด็กอายุ 0 -5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี	123
ตัวชี้วัด I 18 (ตร.) ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน	127
ตัวชี้วัด I 19 (R16) ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง	132

	(หน้า)
ตัวชี้วัด I 20 (PA , ตร. ,R17) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน /ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับ การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	134
ตัวชี้วัด I 21 (R18) ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) ที่มีผลการประเมิน $\geq 30\%$ ขึ้นไป ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แบบเข้มข้น	137
ตัวชี้วัด I 22 (R19) อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี	139
ตัวชี้วัด I 23 (R20) อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า	141
ตัวชี้วัด I 24 (R21) ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง CKD	143
ตัวชี้วัด I 25 (R22) ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (พ.ศ.2558-2562)	145
ตัวชี้วัด I 26 ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี 30-70 ปี	147
ตัวชี้วัด I 27 (R23) ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี	149
ตัวชี้วัด I 28 (R24) ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)	151
ตัวชี้วัด I 29 ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก	154
ตัวชี้วัด I 30 ร้อยละประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรม (คน)	156
ตัวชี้วัด I 31 ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และอาชีวอนามัย	158
ตัวชี้วัด I 32 ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการอาชีวอนามัยได้มาตรฐาน ระดับพื้นฐาน	159
ตัวชี้วัด I 33 (R25) ร้อยละของหมู่บ้านได้รับการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในชุมชน	161
G6 ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัด I 34 ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง	163
ตัวชี้วัด I 35 ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วย 5 สาขาหลักจาก รพช.แม่ข่าย (M2) ไปที่ รพศ./ รพท. ลดลง	165

	(หน้า)
ตัวชี้วัด I 36 (ตร., R26) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้	167
ตัวชี้วัด I 37 (PA , ตร. ,R27) ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr	170
ตัวชี้วัด I 38 (PA , ตร.) ลดระยะเวลารอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก	173
ตัวชี้วัด I 39 ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)	181
ตัวชี้วัด I 40 (ตร.) ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน	183
ตัวชี้วัด I 41 ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต	187
ตัวชี้วัด I 42 (PA, ตร.) ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)	191
ตัวชี้วัด I 43 (ตร. R28) ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน	193
ตัวชี้วัด I 44 (ตร.) อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	196
ตัวชี้วัด I 45 (PA ,ตร.) ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ	200
ตัวชี้วัด I 46 ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับมี EMS คุณภาพ	204
ตัวชี้วัด I 47 ร้อยละของ โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป มี ER คุณภาพ	206
G7 ระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัด I 48 (PA,ตร.) ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย	209
ตัวชี้วัด I 49 (PA,ตร.) ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด	212
ตัวชี้วัด I 50 (ตร.) ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด	214
ตัวชี้วัด I 51 (PA , ตร. ,R29) ร้อยละของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์ที่กำหนด	217

	(หน้า)
G8 ภาควิเคราะห์สุขภาพมีความเข้มแข็ง	
ตัวชี้วัด I 52 ร้อยละของภาควิเคราะห์สุขภาพมีการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย	229
ตัวชี้วัด I 53(R30) ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ	232
ตัวชี้วัด I 54 (R31) ร้อยละ ของสมัชชาสุขภาพจังหวัด/ อำเภอ มีการดำเนินการตามเกณฑ์	236
ตัวชี้วัด I 55(R32) ร้อยละของเทศบาลได้รับการรับรองมาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA)	241
G9 การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัด I 56 (R33) ร้อยละของอำเภอที่มีการบริหารจัดการด้านแผน (ระดับ 5)	243
ตัวชี้วัด I 57 (R34) ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ (งบดำเนินงาน) ในปี 2560	245
ตัวชี้วัด I 58 (PA) ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสพภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7	247
ตัวชี้วัด I 59 (R35) ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ FAI	250
ตัวชี้วัด I 60 ร้อยละของ รพ.ที่ส่งข้อมูล Claim ผู้ป่วยใน ทันตามกำหนดเวลา	255
ตัวชี้วัด I 61 ร้อยละของ รพ.ที่มีค่าดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ผ่านเกณฑ์ตามระดับหน่วยบริการ	256
ตัวชี้วัด I 62 (ตร.) ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาวัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม	259
ตัวชี้วัด I 63 (PA,ตร.,R36) ร้อยละของ สสอ./รพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA) และองค์กรคุณธรรม	261
G10 ระบบควบคุมภายใน การบริหารความเสี่ยง และการบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพ	
ตัวชี้วัด I 64 (R37) ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน	265
ตัวชี้วัด I 65 จังหวัดมีการบังคับใช้กฎหมาย ครบองค์ประกอบที่กำหนด	272
G11 มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มีสมรรถนะและมีความสุข	
ตัวชี้วัด I 66 จังหวัดมีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	279
ตัวชี้วัด I 67 ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	282
ตัวชี้วัด I 68 ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด	284

	(หน้า)
ตัวชี้วัด 169 ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	288
ตัวชี้วัด 170 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value “MOPH” ไปใช้	294
ตัวชี้วัด 171 ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work place Index) ไปใช้	296
G12 มีการพัฒนางานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในองค์กร	
ตัวชี้วัด 172 (PA ตร. R38) ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์	299
ตัวชี้วัด 173 จังหวัดมีการจัดการความรู้ (เรื่อง)	306
G13 ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีคุณภาพ	
ตัวชี้วัด 174 (PA ตร. R39) ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ	310
ตัวชี้วัด 175 ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย	313
G14 มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ	
ตัวชี้วัด 176 จังหวัดมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน	318
ตัวชี้วัด 177 (R40) ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN& CLEAN ระดับพื้นฐาน	320
ตัวชี้วัด 178 ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ GREEN& CLEAN ระดับพื้นฐาน	324
G15 มีระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ	
ตัวชี้วัด 179 ร้อยละของอำเภอมีระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ	326
ตัวชี้วัด 180 ร้อยละของอำเภอมีระบบข้อมูลข่าวสารระหว่างประเทศ ครบถ้วน สมบูรณ์	329
ตัวชี้วัด 181 ระดับจังหวัดและอำเภอคู่ขนานมีระบบการทำงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ ครบถ้วน สมบูรณ์	332
ตัวชี้วัด 182 ร้อยละของอำเภอชายแดนมีเครือข่ายเฝ้าระวังโรค พาหะนำโรค ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ชาวต่างชาติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	335

	(หน้า)

คำอธิบายตัวชี้วัด Ranking เพิ่มเติม ปี 2560 (R41- R63)	339
ตัวชี้วัด R 41 ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	340
ตัวชี้วัด R 42 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์	342
ตัวชี้วัด R 43 ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ	344
ตัวชี้วัด R 44 อัตราการเยี่ยมหลังคลอดคุณภาพ (ร้อยละ 65)	346
ตัวชี้วัด R 45 ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ (ร้อยละ 60) (ยกเลิกตัวชี้วัด Ranking)	348
ตัวชี้วัด R 46 โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง ร้อยละ 90	351
ตัวชี้วัด R 47 ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี	356
ตัวชี้วัด R 48 ระดับความสำเร็จในการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี	358
ตัวชี้วัด R 49 ร้อยละของวัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์	362
ตัวชี้วัด R 50 ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน/วัด/โรงเรียน ค่าดัชนีความชุกชุมลูกน้ำยุงลาย (ค่า HI และ CI) อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด	367
ตัวชี้วัด R 51 ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน ที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ ไม่เกิน 2 รุ่น (28 วัน) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80	369
ตัวชี้วัด R 52 อัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 90	372
ตัวชี้วัด R 53 อัตราการขาดยาวัณโรค	374
ตัวชี้วัด R 54 ร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส	376
ตัวชี้วัด R 55 คุณภาพของรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (รง.506)	378
ตัวชี้วัด R 56 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ (OPV3) และวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ในเด็กอายุครบ 1 ปี	380
ตัวชี้วัด R 57 ร้อยละของโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิต และจิตเวช ระดับ 1 ทุกด้าน	382
ตัวชี้วัด R 58 ร้อยละ ของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง 2Q ตามระบบ เฝ้าระวังโรคซึมเศร้า	384
	(หน้า)

ตัวชี้วัด R 59 การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 7	385
ตัวชี้วัด R 60 ร้อยละของการคัดกรอง Blinding Cataractในกลุ่มเป้าหมาย	387
ตัวชี้วัด R61 หน่วยงานและสถานประกอบการมีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ สะอาดพอเพียง ปลอดภัย HAS	388
ตัวชี้วัด R 62 ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ข้อมูลข่าวสารระหว่างประเทศ	390
ตัวชี้วัด R 63 อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน	394

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2560- 2564

วิสัยทัศน์ (Vision)

“เป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคม เพื่อประชาชนสุขภาพดี”

พันธกิจ (Mission)

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
3. ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ
4. พัฒนาระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุข

เป้าประสงค์หลัก (Goal)

1. ระบบบริการสุขภาพมีคุณภาพและมาตรฐาน
2. ระบบบริหารจัดการตามหลักธรรมาภิบาล
3. ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม และมีความเข้มแข็งในการจัดการระบบสุขภาพ
4. ระบบบริหารทรัพยากรบุคคลด้านสาธารณสุขมีประสิทธิภาพ บุคลากรมีสมรรถนะและมีความสุข

ประเด็นยุทธศาสตร์ (Strategic Issue)

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีคุณภาพและมาตรฐาน
2. พัฒนาระบบบริหารจัดการโดยยึดหลักธรรมาภิบาล
3. ส่งเสริมและพัฒนาภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพ
4. พัฒนาระบบบริหารทรัพยากรบุคคล ด้านสาธารณสุข

ค่านิยมองค์กร (Core Value)

MOPH(Mastery – Originality - People Centered Approach –Humility)

1. M: Mastery การเป็นนายตนเอง

“ในการดำเนินชีวิตของเรา เราต้องข่มใจไม่กระทำสิ่งใดๆ ที่เรารู้สึกด้วยใจจริงว่าชั่วว่าเสื่อม เราต้องฝืนต้องต้านความคิดและความประพฤติทุกอย่างที่รู้สึกว่าขัดกับธรรมะ เราต้องกล้าและบากบั่นที่จะกระทำสิ่งที่เราทราบว่าเป็นความดี เป็นความถูกต้อง และเป็นธรรม ถ้าเราร่วมกันทำเช่นนี้ ให้ได้จริงๆ ให้ผลของความดีบังเกิดมากขึ้นๆ ก็จะช่วยค้ำจุนส่วนรวมไว้มิให้เสื่อมลงไป และจะช่วยให้ฟื้นคืนดีขึ้นได้เป็นลำดับ”

(พระราชดำรัส พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ในพิธีเปิดการประชุมยุวพุทธภิกษุสมาคมทั่วประเทศ ครั้งที่ 12 ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วันที่ 12 ธันวาคม 2513)

2. O: Originality การสร้างสรรค์สิ่งใหม่

“...การพยายามศึกษาวิทยาการและเทคโนโลยีอันก้าวหน้าทุกสาขาจากทั่วโลก แล้วเลือกสรรส่วนที่สำคัญเป็นประโยชน์ นำมาปรับปรุงใช้ให้พอดีพอเหมาะกับสภาพและฐานะของประเทศเรา เพื่อช่วยให้ประเทศของเราสามารถนำเทคโนโลยีอันทันสมัยมาใช้งานต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่สิ้นเปลือง...”

(พระราชดำรัส พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ความตอนหนึ่ง ในพระบรมราโชวาท ในโอกาสเสด็จพระราชดำเนินเปิดงานพระจอมเกล้าลาดกระบังนิทรรศน์26 ณ สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า วิทยาเขตเจ้าคุณทหาร ลาดกระบังวันที่ 16 มิถุนายน 2526)

3. P: People Centered Approach ใส่ใจประชาชน

“ฉันต้องการให้หมอช่วยไปดูแลบำบัดทุกข์ให้แก่นักเรียนและประชาชนที่อยู่ในท้องถิ่นกันดารห่างไกลหมอม และจะออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมดตามความจำเป็นโดยให้จัดหน่วยเคลื่อนที่ไปโดยรถยนต์และตระเวนไปตามถนนหนทาง ตามหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลชนบท”

(พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ทรงตรัสแก่ทันตแพทย์สี สิริสิงห์ ทันตแพทย์ประจำพระองค์)

4. H: Humility ถ่อมตนอ่อนน้อม

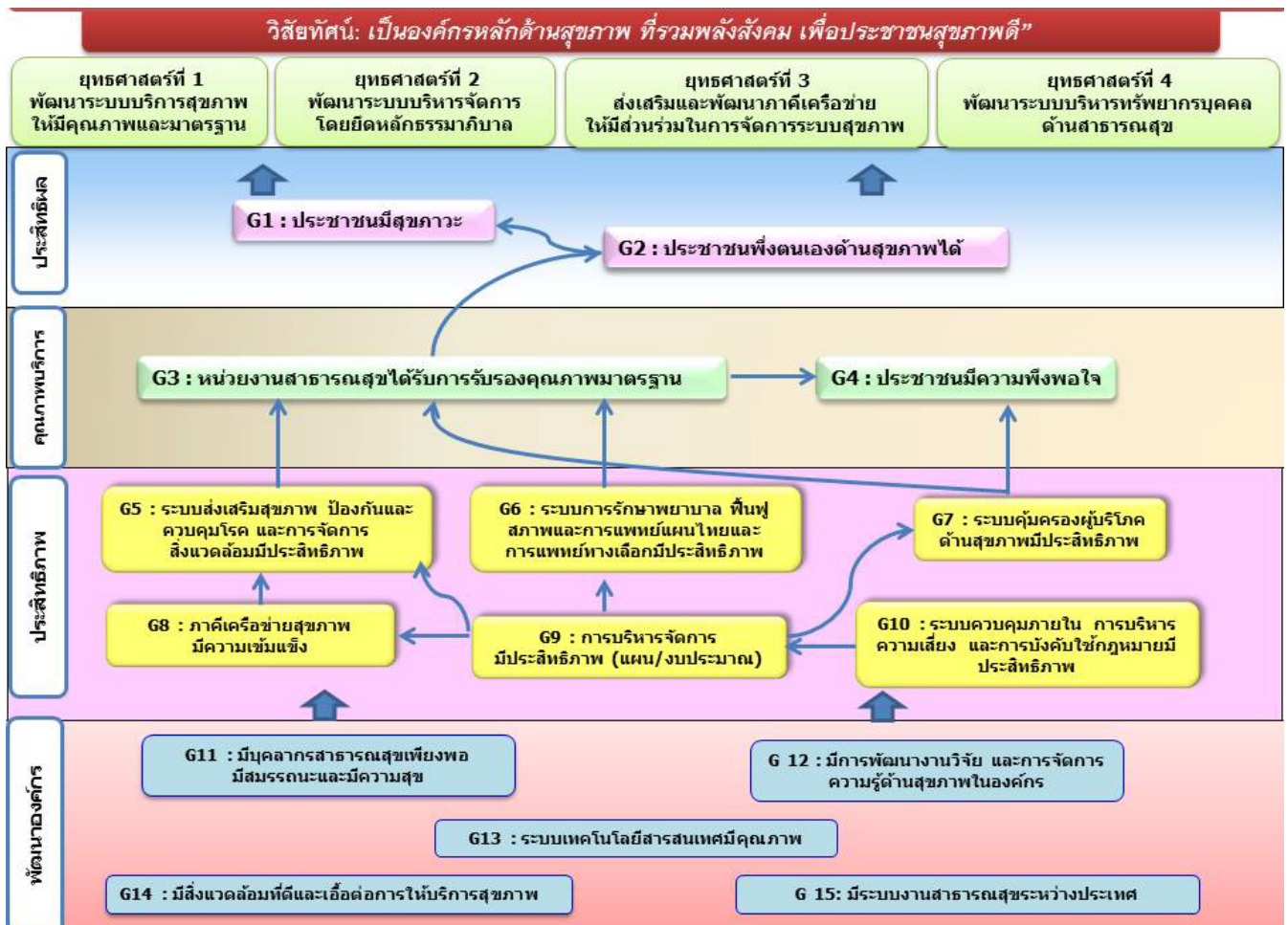
“.....ในวงสังคมนั้นแล้ว ท่านจะต้องรักษามารยาทอันดีงามสำหรับสุภาพชน รู้จักสัมมาคารวะ ไม่แข็งกระด้าง มีความอ่อนโยนแต่ไม่อ่อนแอ พร้อมจะเสียสละประโยชน์ส่วนตัวเพื่อส่วนรวม.....”

(พระบรมราโชวาท พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชฯ ในพิธีพระราชทานปริญญาบัตรของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่ 25 มิถุนายน 2526)

วัฒนธรรมองค์กร

★ รับผิดชอบ ★ ตรงต่อเวลา ★ พัฒนาเป็นนิจ ★ จิตบริการ ★ ทำงานเป็นทีม

แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี



ตัวชี้วัดการพัฒนาสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2560 – 2564

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
G1ประชาชนมีสุขภาพะ							
I 1	อัตราป่วยและสภาวะที่เป็นปัญหา						
I 1.1	ร้อยละ/ อัตราป่วยด้วยโรค ไข้เลือดออกลดลงจาก ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง (R1)	ควบคุมโรค	20	20	20	20	20
I 1.2	เด็กไทยมีระดับสติปัญญา เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100	ส่งเสริม+ การแพทย์ ฯ	รพ.บริการ กระตุ้น พัฒนาการ เด็ก/ พัฒนาการ ล่าช้าอย่าง น้อย50%	เด็กกลุ่ม เสี่ยงได้รับ การติดตาม กระตุ้น พัฒนาการ และดูแล ต่อเนื่องด้วย เครื่องมือ มาตรฐาน 60%	เด็กกลุ่ม เสี่ยงได้รับ การ ติดตาม กระตุ้น พัฒนาการ และดูแล ต่อเนื่อง ด้วย เครื่องมือ มาตรฐาน 70%	เด็กกลุ่ม เสี่ยงได้รับ การ ติดตาม กระตุ้น พัฒนาการ และดูแล ต่อเนื่อง ด้วย เครื่องมือ มาตรฐาน 80%	100
I 1.3	อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15-19 ปี(PA ตร. R2)	ส่งเสริม	30	30	28	28	26
I 1.4	อัตราความสำเร็จการรักษา ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ (PA ตร. R3)	ควบคุมโรค	87	87	88	89	90
I 1.5	อัตราผู้ป่วยความดัน โลหิตสูงและ/หรือเบาหวาน รายใหม่ ต่อแสนประชากร ลดลงปีละ 0.25 (PA ตร. R4)	NCD	536/258				

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
I 2	อัตราตาย						
I 2.1	อัตราส่วนการตายมารดาไทย ต่อแสนการเกิดมีชีพ (ตร.)	ส่งเสริม	20	20	17	17	15
I 2.2	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน ต่อแสนประชากร (PA ตร.)	EMS	18	16	14	13	12
I 2.3	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (PA ตร.)	NCD	< 7	< 7	< 7	< 7	< 7
I 2.4	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อแสนประชากร (PA ตร. R5)	การแพทย์ ฯ	6.3	6.3	6.3	6	6
I 2.5	อัตราตายจากโรคมะเร็งตับ ต่อแสนประชากร(PA)	NCD	23.5	23.5	23	23	22.7
I 2.6	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก	ควบคุมโรค	น้อยกว่า 0.11	น้อยกว่า 0.11	น้อยกว่า 0.11	น้อยกว่า 0.1	น้อยกว่า 0.1
G2 ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้							
I 3	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง (ปี 2559 ร้อยละ 20.10)	สบส.	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 (25.10)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 (30.10)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 (35.10)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 (40.10)	เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5 (45.10)
I 4	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ (อสค.) (ตร. R6)	สสม.	50	55	60	65	70

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
15	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชนผ่านเกณฑ์หมู่บ้าน/ชุมชนจัดการสุขภาพระดับดีขึ้น(R7)	สสม.	70	75	80	90	100
16	ร้อยละตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไปและมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 หมู่บ้าน(R8)	สสม. + สวล.	70	75	80	90	100
17	ร้อยละตำบลที่ผ่านเกณฑ์ระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในชุมชน (PA ตร.)	ส่งเสริม	50	60	70	80	95
G3หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน							
18	ร้อยละหน่วยบริหารที่ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ PMQA(R9)	พัฒนา	20	40	60	80	100
19	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) (PA ตร. R10)	พัฒนา					
	-รพศ /รพท		100	100	100	100	100
	-รพช.		80	85	90	95	100

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
I 10	ร้อยละของสถานบริการ สุขภาพในจังหวัดที่มีระบบ บริการพยาบาลผ่านเกณฑ์ การประเมินคุณภาพ (R11)	พัฒนา	70	75	80	85	90
I 11	ห้องปฏิบัติการด้าน การแพทย์และสาธารณสุข (งานเทคนิคการแพทย์) โรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชนได้รับ การรับรองคุณภาพ มาตรฐาน (LA)(R12)	พัฒนา	100	100	100	100	100
I 12	ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (งานรังสีวินิจฉัย) ของ โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป/ โรงพยาบาลชุมชน ได้รับ การรับรองคุณภาพ มาตรฐาน (RA)	พัฒนา	70	75	80	85	90
I 13	ห้องปฏิบัติการขั้นสูงของ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ คุณภาพและมาตรฐานการ บริการ (LAB ใน รพ.สต) (R13)	พัฒนา	65	70	75	80	85

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
I 14	ร้อยละของ รพ.สต. ใน แต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ ระดับการพัฒนาคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี) (PA ตร. R14)	พัฒน	10	25	50	75	100
G4 ประชาชนมีความพึงพอใจ							
I 15	ร้อยละของสถานบริการ สาธารณสุขผ่านเกณฑ์ การประเมินความพึงพอใจ ของผู้รับบริการ (เกณฑ์ความพึงพอใจ ร้อยละ 80)	พัฒน	85	90	95	100	100
G5 : ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ							
I 16	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (PA ตร. R15)	ส่งเสริม	80	80	80	85	85
I 17	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูง เฉลี่ย ที่อายุ 5 ปี (PA ตร.)	ส่งเสริม	51	54	57	60	63
I 18	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน (ตร.)	ส่งเสริม	66	68	70	72	74
I 19	ร้อยละประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการ คัดกรองเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง (R16)	NCD	90	91	92	93	95

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
I 20	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้น ทะเบียนได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) (PA ตร. R17)	NCD	≥ 80	≥ 82.5	≥ 85	≥ 87.5	≥ 90
I 21	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน โลหิตสูงที่ได้รับการประเมิน โอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือด (CVD Risk) ที่มีผลการประเมิน $\geq$ 30% ขึ้นไป ได้รับการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรมแบบเข้มข้น (R18)	NCD	≥ 70	≥ 80	≥ 90	100	100
I 22	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับ การตรวจจอประสาทตา ประจำปี(R19)	NCD	60	65	70	75	80
I 23	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับ การตรวจเท้า(R20)	NCD	60	65	70	75	80
I 24	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการ คัดกรอง CKD(R21)	NCD	80	85	90	90	90
I 25	ร้อยละสะสมความ ครอบคลุมการตรวจคัด กรองมะเร็งปากมดลูก ในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (2558-2562) (R22)	NCD	60	80	85		

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
I 26	ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี 30-70 ปี	NCD	80	85	90	90	90
I 27	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี (R23)	NCD	80	85	90	90	90
I 28	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดี ไม่มีผุ (cavity free) (ตร. R24)	ทันตะ	52	54	56	58	60
I 29	หน่วยบริการปฐมภูมิ จัดบริการสุขภาพช่องปาก	ทันตะ	50	52	54	56	58
I 30	ร้อยละประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรม (คน)	ทันตะ	40	45	50	50	50
I 31	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป มีการจัดบริการอาชีวเวชกรรม	สวล.	100	100	100	100	100
I 32	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการอาชีวอนามัยได้มาตรฐานระดับพื้นฐาน	สวล.	10	15	20	25	30
I 33	ร้อยละของหมู่บ้านได้รับการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในชุมชน (R25)	สวล.	80	90	100	100	100

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
G6 : ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีประสิทธิภาพ							
I 34	ร้อยละการส่งต่อนอกเขต สุขภาพ 4 สาขาหลักลดลง จากปีที่ผ่านมา	พัฒน	10	10	10	10	10
I 35	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วย 5 สาขาหลัก จากโรงพยาบาล แม่ข่ายในจังหวัด มาที่ รพศ.สรรพสิทธิประสงค์ ลดลงจากปีที่ผ่านมา	พัฒน	10	10	10	10	10
I 36	ร้อยละของผู้ป่วย โรคเบาหวานและโรคความ ดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้ (ตร. R26)	NCD	DM≥40 HT≥50	DM≥40 HT≥50	DM≥40 HT≥50	DM≥40 HT≥50	DM≥40 HT≥50
I 37	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของ eGFR<4 l/min/1.73m ² /yr (PA ตร. R27)	NCD	≥65	≥66	≥67	≥68	≥69
I 38	ลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก (PA ตร.)	พัฒน	80	80	82	82	85
I 39	ร้อยละผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิดSTEMIได้รับยาละลาย ลิ่มเลือดและ/หรือการขยาย หลอดเลือดหัวใจ	พัฒน	80	80	80	80	80

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
I 40	ร้อยละผู้ป่วยตาบอด จากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัด ภายใน 30 วัน (ตร.)	การแพทย์	80	80	80	80	80
I 41	ร้อยละของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าเข้าถึงบริการ สุขภาพจิต	การแพทย์ฯ	50	55	60	65	70
I 42	ร้อยละของผู้ป่วย ยาเสพติดที่หยุดเสพ ต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการ บำบัดรักษา (3month remission rate) (PA ตร.)	การแพทย์ฯ	92	93	94	95	96
I 43	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับ บริการการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกที่ ได้มาตรฐาน (ตร. R28)	การแพทย์ แผนไทย	18.5	19	19.5	20	20
I 44	ร้อยละของอำเภอมีศูนย์ ปฏิบัติการฉุกเฉิน (Emergency Operation Center : EOC)(ตร.)	EMS	80	85	90	95	100
I 45	ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไปมีระบบ ECS คุณภาพ(PA ตร.)	EMS	70	75	80	85	90
I 46	ร้อยละของโรงพยาบาล ทุกระดับ ที่มี EMSคุณภาพ	EMS	25	50	75	90	95

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
I 47	ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไปมี ER คุณภาพ	EMS	75	80	85	90	95
G7 : ระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ							
I 48	ร้อยละของผลิตภัณฑ์ อาหารสดและอาหารแปรรูป มีความปลอดภัย (PA ตร.)	คปส.	80	80	80	80	80
I 49	ร้อยละของผลิตภัณฑ์ สุขภาพที่ได้รับการ ตรวจสอบได้มาตรฐานตาม เกณฑ์ที่กำหนด (PA ตร.)	คปส.	95	96	97	98	99
I 50	ร้อยละของสถานพยาบาล และสถานประกอบการเพื่อ สุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมาย กำหนด (ตร.)	คปส.	100	100	100	100	100
I 51	ร้อยละของโรงพยาบาล และ รพ.สต.ที่ใช้อย่าง สมเหตุสมผลตามเกณฑ์ที่ กำหนด (PA ตร. R29)	คปส.	100	100	100	100	100

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
G8 : ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง							
I 52	ร้อยละของภาคีเครือข่ายมีการดำเนินงานเสริมสร้าง ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ และพัฒนาพฤติกรรม สุขภาพของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย	สบส.	70	75	80	85	90
I 53	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ (ความสำเร็จการ ดำเนินงานตามประเด็น ODOP อย่างน้อย 1 ประเด็น)(R30)	พัฒน์	95	96	97	98	100
I 54	ร้อยละของสมัชชาสุขภาพ อำเภอ/จังหวัดมีการ ดำเนินงานผ่านเกณฑ์ (R31)	สสม.	50	60	70	80	100
I 55	ร้อยละของเทศบาลได้รับ การรับรองมาตรฐานระบบ บริการอนามัยสิ่งแวดล้อม EHA(R32)	สวล.	75	80	90	100	100
G9 : การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ (แผน/งบประมาณ)							
I 56	ร้อยละของอำเภอที่มีการ บริหารจัดการด้านแผน ระดับ 5(R33)	ยุทธศาสตร์	100	100	100	100	100

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
I 57	ร้อยละของหน่วยงานมี การเบิกจ่าย งบประมาณ เป็นไปตามเกณฑ์ (R34)	ยุทธศาสตร์/ บริหาร	100	100	100	100	100
I 58	ร้อยละของหน่วยบริการที่ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ 7 (PA)	ประกัน/ บริหาร	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี	ไม่มี
I 59	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ ผ่านเกณฑ์ FAI(R35)	บริหาร	100	100	100	100	100
I 60	ร้อยละของ รพ.ที่ส่งข้อมูล Claim ผู้ป่วยในทันตาม กำหนดเวลา	ประกัน	100	100	100	100	100
I 61	ร้อยละของ รพ.ที่มีค่า CMI ผ่านเกณฑ์ตามระดับหน่วย บริการ (ระดับ A,S,M1,M2,F1-3)	ประกัน	50	55	60	65	70
I 62	ร้อยละของการจัดซื้อ ของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุ ทันตกรรม(ตร.)	คปส.	20	20	25	30	30
I 63	ร้อยละของสสอ./รพช.ผ่าน เกณฑ์การประเมิน คุณธรรมและความโปร่งใส ในการดำเนินงาน (ITA) และองค์กรคุณธรรม (PA ตร. R36)	ศูนย์ ธรรมาภิบาล	85	85	90	90	95

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
G10 : ระบบควบคุมภายใน การบริหารความเสี่ยง และการบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพ							
I 64	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน(R37)	บริหาร (ตรวจสอบสวนภายใน)	100	100	100	100	100
I 65	จังหวัดมีการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนด	นิติการ	1	1	1	1	1
G11 : มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มีสมรรถนะและมีความสุข							
I 66	จังหวัดมีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	พัฒน/บริหาร	1	1	1	1	1
I 67	ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ	พัฒน/บริหาร	50	60	70	80	90
I 68	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด	พัฒน	80	85	90	95	100
I 69	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด	พัฒน	80	85	90	95	100

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
I 70	ร้อยละของหน่วยงานที่มี การนำดัชนีความสุข ของพนักงาน (Happy Work Life Index) และ Core Value "MOPH" ไป ใช้ (PA ตร.)	พัฒน	50	60	70	80	90
I 71	ร้อยละของหน่วยงานที่มี การนำดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy work place index) ไปใช้	พัฒน	50	60	70	80	90
G12: มีการพัฒนางานวิจัย และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในองค์กร							
I 72	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้องค์กร ต่างๆนำไปใช้ประโยชน์ (PA ตร. R38)	สบส.	20	25	30	35	40
I 73	จังหวัดมีการจัดการความรู้ (เรื่อง)	สบส.	1	2	3	4	5
G13 : ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีคุณภาพ							
I 74	ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล บริการสุขภาพ (PA ตร. R39)	ศูนย์ เทคโนโลยี	≥ 80	≥ 90	≥ 95	≥ 95	≥ 95
I 75	ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูล สาเหตุการตาย	ศูนย์ เทคโนโลยี	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40	≥ 45

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
G14 : มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ							
I 76	จังหวัดมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพและยั่งยืน	สวล.	ดี	ดี	ดีมาก	ดีมาก	ดีมาก
I 77	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ <i>GREEN and CLEAN</i> ระดับพื้นฐาน (PA ตร. R40)	สวล.	75	80	90	100	100
I 78	ร้อยละของรพ.สต.ผ่านเกณฑ์ <i>GREEN and CLEAN</i> ระดับพื้นฐาน	สวล.	10	20	30	40	50
G 15: มีระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ (AEC)							
I 79	ร้อยละของอำเภอมีระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ	ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ	50	80	100	100	100
I 80	ร้อยละของอำเภอมีระบบข้อมูลข่าวสารระหว่างประเทศ ครบถ้วน สมบูรณ์	ศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ	50	80	100	100	100

รหัส	ตัวชี้วัด	กลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบ	ค่าเป้าหมาย				
			2560	2561	2562	2563	2564
181	ระดับจังหวัดและอำเภอ คู่ขนานมีระบบการทำงาน สาธารณสุขระหว่าง ประเทศครบถ้วนสมบูรณ์	ศูนย์ ความร่วมมือ ระหว่าง ประเทศ	มี	มี	มี	มี	มี
182	ร้อยละของอำเภอชายแดน มีเครือข่ายเฝ้าระวัง โรค พาหะนำโรค ผลิตภัณฑ์และบริการ สุขภาพ ชาวต่างชาติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ศูนย์ ความร่วมมือ ระหว่าง ประเทศ	100	100	100	100	100

สรุปตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีปี 2560 – 2564
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	เป้าประสงค์	ตัวชี้วัด
G1	ประชาชนมีสุขภาพะ	2
G2	ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้	5
G3	หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน	7
G4	ประชาชนมีความพึงพอใจ	1
G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคและการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ	18
G6	ระบบการรักษาพยาบาล พึ่งพู่สุขภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ	14
G7	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ	4
G8	ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง	4
G9	การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ	8
G10	ระบบควบคุมภายใน การบริหารความเสี่ยง และการบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพ	2
G11	มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มีสมรรถนะและมีความสุข	6
G12	มีการพัฒนางานวิจัย และการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในองค์กร	2
G13	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีคุณภาพ	2
G14	มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ	3
G15	มีระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ	4
รวม		82

การประเมินผลการพัฒนางานสาธารณสุข ประจำปี 2560

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี กำหนดการประเมินผลการพัฒนางานสาธารณสุข ประจำปี 2560 จำนวน 2 รอบโดยคณะกรรมการประเมินผลระดับจังหวัด ดังนี้

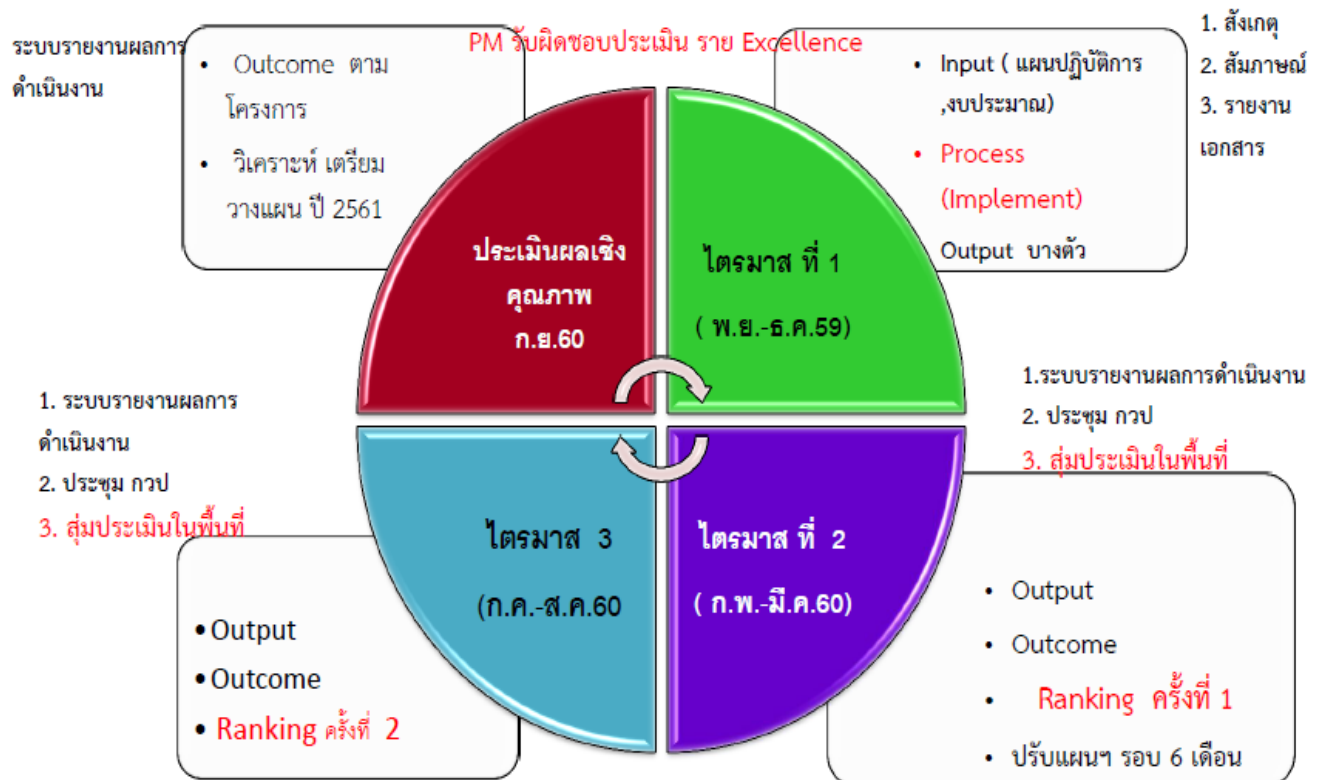
ครั้งที่ 1 ห้วงระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ – มีนาคม 2560

ครั้งที่ 2 ห้วงระหว่างเดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2560

โดยมีการประเมินผลตาม

1. ตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุข จำนวน 40 ตัวชี้วัดและประเมินตัวชี้วัดเพิ่มเติมจำนวน 23 ตัวชี้วัด รวมทั้งสิ้น จำนวน 63 ตัวชี้วัด
2. Surprise KPI ซึ่งจะกำหนดตามสถานการณ์ในห้วงที่ประเมิน
3. พื้นที่ที่มีผลงานดีเด่น หรือมีนวัตกรรม ต่างๆ (Outstanding)

Monitoring & Evaluation



CIPP Model

คะแนนการประเมินผล วัดจากผลการดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนน	หมายเหตุ
1. ตัวชี้วัด Ranking	100	ใช้จัดเกรดเครือข่ายระดับอำเภอ
2. Surprise KPI	-	คะแนนเพิ่มเติม
3. Outstanding	-	คะแนนเพิ่มเติม
รวม	100	

1) คะแนนตัวชี้วัด(R : Ranking)63 ตัวชี้วัด น้ำหนักร้อยละ 100

เมื่อให้คะแนนตัวชี้วัดครบทั้งหมด 63 ตัวชี้วัด คะแนนเต็มข้อละ 5 คะแนน จะคำนวณคะแนนถ่วงน้ำหนักซึ่งแต่ละตัวชี้วัดมีค่าถ่วงน้ำหนักแตกต่างกัน 4 ระดับ คือ

-ค่าถ่วงน้ำหนักร้อยละ 0.5 คือตัวชี้วัดที่ดำเนินการง่ายเป็นการวัดเชิงปริมาณจากงานประจำที่ดำเนินการอยู่แล้ว

-ค่าถ่วงน้ำหนักร้อยละ 1 คือตัวชี้วัดที่ดำเนินการง่ายจนถึงระดับปานกลาง ทำได้โดยต้องใช้ความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น องค์กรอื่นพอสมควร หรือเป็นตัวชี้วัดประกอบตัวชี้วัดที่เป็นสาระสำคัญ

-ค่าถ่วงน้ำหนักร้อยละ 1.5 คือตัวชี้วัดที่ดำเนินการระดับปานกลางจนถึงระดับยาก ทำได้โดยต้องใช้ความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น องค์กรอื่นมากหรือเป็นตัวชี้วัดประกอบตัวชี้วัดที่เป็นสาระสำคัญ

-ค่าถ่วงน้ำหนักร้อยละ 2 คือตัวชี้วัดที่มีความยาก ต้องใช้กระบวนการประสานกับหน่วยงานอื่น และต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานในการดำเนินการ

วิธีการคิดคะแนนแต่ละตัวชี้วัด

$\text{คะแนนที่ได้} \times \text{ค่าถ่วงน้ำหนัก} = \text{คะแนนถ่วงน้ำหนัก}$

คะแนนเต็ม 5

รวมคะแนนถ่วงน้ำหนัก รวม 100 คะแนน

สรุปตัวชี้วัด

Ranking ปีงบประมาณ 2560

G1 : ประชาชนมีสุขภาพะ

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R1	ร้อยละ อัตราป่วยด้วยโรค ใช้เลือดออกกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลัง(I 1.1)	ลดลง ร้อยละ 20	2	ควบคุมโรค	วัดอัตราที่ลดลง	รายงาน 506 ทะเบียนผู้ป่วย
R2	อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี(I 1.3)	ไม่เกิน 30 ต่อ ปชก. หญิง 15-19 ปี พันคน	1.5	ส่งเสริมสุขภาพ	วัดอัตราการคลอด	43 แฟ้ม
R 3	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณ โรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (I 1.4)	ร้อยละ 87	1.5	ควบคุมโรค	อัตราความสำเร็จ ในการรักษา	TB 08 TBCM 2010 TBCM Online
R 4	อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/ หรือเบาหวานรายใหม่ ต่อแสนประชากรลดลงปีละ 0.25 (I 1.5)	536/258	1.5	NCD	ระดับความสำเร็จ	- HDC สสจ. อุบล - ประเมิน กิจกรรมการ ดำเนินงาน
R 5	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ต่อแสน ประชากร(I 2.4)	≤ 6.3 /แสน ปชก.	1	การแพทย์	อัตราการตาย	- ฐานข้อมูล การตาย สนย. - รง.506 S

G2 : ประชาชนพึงตนเองด้านสุขภาพได้

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 6	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ (อศค.)(I4)	ร้อยละ 50	1.5	สาธารณสุข มูลฐานและ ระบบสุขภาพ ภาคประชาชน	วัดร้อยละ ครอบครัวผู้ป่วย โรคเบาหวานและ หรือความดันโลหิต สูงที่ป่วยเป็นโรคไต เรื้อรังระยะ 4 ที่ผ่าน การประเมิน ศักยภาพฯ	www.thaiphc. net
R7	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน ผ่านเกณฑ์หมู่บ้าน/ชุมชนจัดการสุขภาพระดับดีขึ้น (I 5)	ร้อยละ 70	2	สาธารณสุข มูลฐานและ ระบบสุขภาพ ภาคประชาชน	ร้อยละของหมู่บ้าน ที่ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีขึ้น	โปรแกรมรายงาน ตำบลจัดการ สุขภาพ www.thaiphc. net
R 8	ร้อยละตำบลผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการระดับดีขึ้น และมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 หมู่บ้าน (I6)	ร้อยละ 70	2	สาธารณสุข มูลฐาน + อนามัย สิ่งแวดล้อม	ร้อยละของตำบลที่ ผ่านเกณฑ์ระดับ ดีขึ้น	โปรแกรมรายงาน ตำบลจัดการ สุขภาพ www.thaiphc. net

G3 : หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 9	ร้อยละหน่วยบริหารที่ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ PMQA (I 8)	ระดับ 5	1.5	พัฒนาคุณภาพ บริการ ฯ	ระดับความสำเร็จ	รูปเล่มรายงานผล การดำเนินงาน ตามเกณฑ์ มาตรฐาน

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R10	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) (I9)					
	-รพศ/รพท.	ร้อยละ 100	2	พัฒนาคุณภาพบริการฯ	ระดับความสำเร็จ	ข้อมูลจาก สรพ.
	-รพช.	ร้อยละ 80	2	พัฒนาคุณภาพบริการฯ	ระดับความสำเร็จ	ข้อมูลจาก สรพ.
R11	ร้อยละของสถานบริการสุขภาพในจังหวัดมีระบบบริการพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ (I 10)	1.การประเมินคุณภาพ QA (ประเด็นที่ 2) ผ่านระดับ 3 ขึ้นไป (ร้อยละ70) 2.การดำเนินงานตามประเด็นหลักการพัฒนาคุณภาพพยาบาลผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 70 (ประเด็นที่1, 3-12)	1	พัฒนาคุณภาพบริการฯ	ระดับความสำเร็จ โดยผู้ประเมินระดับจังหวัด	แบบประเมินมาตรฐานบริการพยาบาล
R12	ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข(งานเทคนิคการแพทย์)โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (LA) (I 11)	≥ร้อยละ 70	2	พัฒนาคุณภาพบริการฯ	ระดับความสำเร็จ	- ผลการประเมินของกรมวิทยาศาสตร์การ แพทย์ - สภาเทคนิคการแพทย์ - ISO 15189
R 13	ห้องปฏิบัติการขั้นสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการบริการ (LAB ใน รพ.สต) (I 13)	ร้อยละ 65	1.5	พัฒนาคุณภาพบริการฯ	ระดับความสำเร็จ	- ผลการประเมินของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
R 14	ร้อยละของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี)(I 14)	ร้อยละ 10	2	พัฒนาคุณภาพบริการฯ	ร้อยละของ รพ.สต.ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ	-แบบสรุปผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ รพ.สต.5ดาว5ดี

G5 : ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 15	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (I 16)	ร้อยละ 80	2	ส่งเสริมสุขภาพ	ระดับความสำเร็จ	- นิเทศงาน - ข้อมูล HDC
R 16	ร้อยละประชาชนอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ ความดันโลหิตสูง (I 19)	≥ ร้อยละ 90	1	NCD	ร้อยละ กลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับการตรวจ คัดกรอง	43 แฟ้ม ,HDC
R 17	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) (I 20)	≥ ร้อยละ 80	1.5	NCD	ร้อยละ กลุ่มเป้าหมาย ที่ได้รับการประเมิน	โปรแกรม ของสถานบริการ สาธารณสุข
R 18	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ที่มีผลการประเมิน ≥ 30% ขึ้นไป ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น(I 21)	≥ ร้อยละ 70	1.5	NCD	ระดับความสำเร็จ	รายงานผลการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม
R 19	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี (I22)	ร้อยละ 60	1.5	NCD	ร้อยละที่ได้รับการ คัดกรอง	43 แฟ้ม ,HDC
R 20	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า(I23)	ร้อยละ 60	1.5	NCD	ร้อยละที่ได้รับการ คัดกรอง	HDC, cockpit chronic link
R 21	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรอง CKD (I24)	ร้อยละ 80	1.5	NCD	ร้อยละที่ได้รับการ คัดกรอง	43 แฟ้ม ,HDC
R 22	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (พ.ศ.2558 - 2562) (I 25)	ร้อยละ 60	2	NCD	ร้อยละที่ได้รับการ คัดกรอง	HDC , cockpit

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 23	ร้อยละของประชาชน กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดี (I 27)	ร้อยละ 80	2	NCD	ร้อยละที่ได้รับการ คัดกรอง	CCA01,CCA02, CASCAP, Isan cohort
R 24	เด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปี ฟันดีไม่มี ผุ (cavity free) (I 28)	ร้อยละ 52	2	ทันต สาธารณสุข	- ร้อยละเด็ก 0 – 12 ปี ได้รับ บริการทันตกรรม - ร้อยละ เด็ก 0- 12 ปี ฟันดี ไม่มีผุ	- HDC - รายงานสำรวจ สภาวะ ทันตสุขภาพ (ท 02)
R 25	ร้อยละของหมู่บ้านได้รับการ เฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภค ในชุมชน (I 33)	ร้อยละ 80	2	อนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย	ระดับความสำเร็จ	รายงาน การเฝ้าระวัง คุณภาพน้ำ

**G6 : ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
มีประสิทธิภาพ**

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 26	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมได้(I 36)	DM $\geq$ ร้อยละ 40 HT $\geq$ ร้อยละ 50	2	NCD	ร้อยละที่ควบคุมได้	43 แฟ้ม
R 27	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มี อัตราการลดลงของ eGFR<4 ² ml/min/1.73m ² /yr(I 37)	$\geq$ ร้อยละ 65	2	NCD	- ร้อยละการตรวจ Serum Cr ด้วยวิธี Enzymatic method - อัตราที่ลดลง ของ eGFR	HDC
R 28	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับ บริการการแพทย์แผนไทยและ การแพทย์ทางเลือกที่ได้ มาตรฐาน(I 43)	ร้อยละ 18.5	2	การแพทย์ แผนไทย ฯ	ร้อยละที่ได้รับ บริการ	รายงาน 43 แฟ้ม

G7 : ระบบคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพ

	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 29	ร้อยละของโรงพยาบาลและรพ.สต.ที่ใช้อย่างสมเหตุผลตามเกณฑ์ที่กำหนด (I 51)	ร้อยละ 100	2	คุ้มครองผู้บริโภค	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์	รายงานและการวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน

G8 : ภาควิชาสุขภาพมีความเข้มแข็ง

	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 30	อำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ (ความสำเร็จการดำเนินงานตามประเด็น ODOPอย่างน้อย 1 ประเด็น) (I53)	ร้อยละ 95	2	พัฒนาคุณภาพบริการฯ	ระดับความสำเร็จ	- DHS ทุกอำเภอ - กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
R 31	สมัชชาสุขภาพอำเภอ/จังหวัดมีการดำเนินงานผ่านเกณฑ์ (I 54)	ร้อยละ 50	1.5	สาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน	ระดับความสำเร็จ	แบบประเมินกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด/อำเภอ
R 32	ร้อยละของเทศบาลได้รับการรับรองมาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม EHA (I 55)	ร้อยละ 75	2	อนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	ระดับความสำเร็จ	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม

G9 : การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 33	ร้อยละของอำเภอที่มีการบริหารจัดการด้านแผน ระดับ 5 (I 56)	ร้อยละ 100	2	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ	ระดับความสำเร็จ	แผนปฏิบัติการเครือข่ายรายงานผลการนิเทศงาน
R 34	ร้อยละของหน่วยงานมีการเบิกจ่าย งบประมาณ เป็นไปตามเกณฑ์ (I 57)	ร้อยละ 100	2	พัฒนายุทธศาสตร์ฯ	ร้อยละที่เบิกจ่าย	ระบบ GFMS
R 35	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ FAI (I 59)	ร้อยละ 100	2	การเงิน (บริหาร)	ระดับความสำเร็จ	รายงานผลการประเมิน

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 36	ร้อยละของ สสอ./รพช. ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน (ITA) และองค์กรคุณธรรม (I 63)	ร้อยละ 85	1.5	ศูนย์ ธรรมาภิบาล	วัดจากการประเมินตนเองตามแบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสได้คะแนนร้อยละ 85และพัฒนาองค์กรคุณธรรมระดับ 3 ขึ้นไป	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ

G10 : ระบบควบคุมภายใน การบริหารความเสี่ยง และการบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพ

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 37	ร้อยละของหน่วยงานภายใน กระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน (I 64)	ร้อยละ 100	2	บริหาร (ตรวจสอบภายใน)	ระดับความสำเร็จ	ผลการ นิเทศงาน

G12 : มีการพัฒนางานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในองค์กร

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 38	หน่วยงานมีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้องค์กรต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ (I 72)	อย่างน้อย 1 เรื่อง	1	สนับสนุน บริการสุขภาพ	วัดผลงานเชิงประจักษ์	นับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่เผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้งให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว

G13 : ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีคุณภาพ

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 39	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ(174)	≥ร้อยละ 80	2	ศูนย์เทคโนโลยีฯ	วัดความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูลตามเงื่อนไข	Data Center สำนักงาน สาธารณสุข จังหวัด อุบลราชธานี

G14 : มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 40	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN and CLEAN ระดับพื้นฐาน (177)	ร้อยละ 75	1	อนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย	ระดับความสำเร็จ	กลุ่มงานอนามัย สิ่งแวดล้อมและ อาชีวอนามัย

ตัวชี้วัด Ranking เพิ่มเติมจากแผนยุทธศาสตร์

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 41	อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม	ร้อยละ 7	1	ส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละของผลงาน	43 เพิ่ม
R 42	อัตราการฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์	ร้อยละ 60	1.5	ส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละของผลงาน	43 เพิ่ม
R 43	อัตราการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ	ร้อยละ 60	1.5	ส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละของผลงาน	43 เพิ่ม
R 44	อัตราการเยี่ยมบ้านหลังคลอด	ร้อยละ 65	1	ส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละของผลงาน	43 เพิ่ม
R 45	ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	ร้อยละ 60	2	ส่งเสริมสุขภาพ	ยกเลิก (ไม่เป็น Ranking)	
R 46	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัยระดับทอง	ร้อยละ 90	2	ส่งเสริมสุขภาพ	ประเมินโดยทีมจังหวัด	สรุปผลการประเมิน
R 47	ร้อยละของการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี	ร้อยละ 10	1.5	ส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละของผลงาน	43 เพิ่ม
R 48	ระดับความสำเร็จของการป้องกันการจมน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	ระดับ 5	1	EMS	วัดระดับความสำเร็จ	รายงานการสอบสวนจากการจมน้ำ/ตกน้ำ

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 49	วัดส่งเสริมสุขภาพ	ร้อยละ 30	1.5	ส่งเสริมสุขภาพ	ประเมินโดย ทีมจังหวัด	สรุปผลการ ประเมิน
R 50	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน/วัด/ โรงเรียน มีค่า HI / CI อยู่ใน เกณฑ์ที่กำหนด	$\geq$ ร้อยละ 80	2	ควบคุมโรค	1.สุ่มประเมิน ไตรมาสละ 1 ครั้ง ยกเว้นช่วงที่มีการ ระบาดสุ่มทุกเดือน 2.สุ่มจำนวน 2 % ของหมู่บ้านและสุ่ม 30%ของ หลังคาเรือน, 100%ของวัด โรงเรียน	แบบสุ่มประเมิน DHF1 , DHF 3
R 51	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน/ ควบคุมโรคใช้เลือดออกได้ไม่เกิน 2 รุน (28 วัน)	$\geq$ ร้อยละ 80	2	ควบคุมโรค	ร้อยละของหมู่บ้าน ที่ควบคุมโรค ใช้เลือดออกได้ไม่ เกิน 2 รุน	รายงาน 506 Epidemic Curve รายหมู่บ้าน
R 52	อัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรค รายใหม่	ร้อยละ 90	1	ควบคุมโรค	ร้อยละของ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้รับการคัดกรอง และขึ้นทะเบียนเป็น ผู้ป่วยรายใหม่ TB	รายงาน TB 03
R 53	อัตราการขาดยาวัณโรค	$\leq$ ร้อยละ 1	0.5	ควบคุมโรค	การขาดยาของ ผู้ป่วย TB ทุก ประเภท	TB 03
R 54	ร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับ ยาต้านไวรัส	ร้อยละ 80	1	ควบคุมโรค	ร้อยละผู้ได้รับยา ต้านไวรัส	รายงานโปรแกรม NAP
R 55	คุณภาพของรายงานเฝ้าระวังโรค ทางระบาดวิทยา (รง.506)	ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	2	ควบคุมโรค	วิเคราะห์ข้อมูล รง. 506 รายเดือน	รายงาน 506

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 56	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในเด็กอายุครบ 1 ปี					
	-MMR1	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95	1	ควบคุมโรค	รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูลจาก HDC	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม โปรแกรม HDC
	-OPV3	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90				
R 57	ร้อยละของโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับ 1 ทุกด้าน	-ร้อยละ 100 ของ รพศ /รพท. -ร้อยละ 50 รพช.	0.5	การแพทย์ สุขภาพจิต	โดยการประเมินจากทีมพี่เลี้ยงวิชาการจังหวัด	แบบประเมินแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต
R 58	ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปี ได้รับการคัดกรอง 2 Q ตามระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า	ร้อยละ 80	0.5	การแพทย์ สุขภาพจิต	รายงานการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในสถานบริการสาธารณสุข/ชุมชน	43 แฟ้ม
R 59	การวินิจฉัยผู้โรคซึมเศรียรายใหม่ เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 7	เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 7	1	การแพทย์ สุขภาพจิต	ร้อยละที่เพิ่มขึ้น	43 แฟ้ม
R 60	ร้อยละการคัดกรองBlinding Cataractในกลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละ 80	1	การแพทย์ สุขภาพจิต	ร้อยละการคัดกรอง	- โปรแกรม JHCIS - จากโปรแกรม Vision 2020 Thailand
R 61	หน่วยงานและสถานประกอบการ มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ สะอาด พอเพียงปลอดภัย HAS	A1 รพ.สต. (ร้อยละ 50) A2 รพศ/รพท./รพช. (ร้อยละ 100) A3 สถานบริการน้ำมันหรือร้านอาหาร หรือสถานประกอบการอื่น (1 แห่ง)	2	อนามัย สิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	จากแบบประเมินและการสุ่ม	แบบประเมินสิ่งแวดล้อมมาตรฐาน HAS และการสุ่มประเมิน

No	ตัวชี้วัด	ค่าเป้าหมาย	ค่าน้ำหนัก	กลุ่มงาน	วิธีการวัด	แหล่งข้อมูล
R 62	ระดับความสำเร็จในการพัฒนา ศูนย์ข้อมูลข่าวสารระหว่าง ประเทศ	ระดับ 5	1	ศูนย์ความ ร่วมมือ ระหว่างประเทศ	วัดระดับ ความสำเร็จจาก การนิเทศ ติดตาม และตรวจสอบ ข้อมูลในระบบ รายงาน	การประเมิน รายงานข้อมูล 43 แฟ้ม ,HDC และการนิเทศ ติดตาม
R 63	ระดับความสำเร็จในการ พัฒนาการป้องกันและลด การเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจร	1.อัตราตายจาก อุบัติเหตุไม่เกิน 18 ต่อ แสน ปชก. 2.ผลสำเร็จ ของกระบวนการ ระดับ 5	2	EMS	วัดกระบวนการ ในการดำเนินงาน และอัตราการ เสียชีวิตจากการ อุบัติเหตุจราจร	1.ข้อมูล 3 ฐาน 2.รายงานผลการ ปฏิบัติงาน

สรุปตัวชี้วัดที่ Ranking ปี 2560

- ตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์ จำนวน 40 ตัวชี้วัด
- ตัวชี้วัดเพิ่มเติม จำนวน 23 ตัวชี้วัด
- รวมทั้งสิ้น จำนวน 63 ตัวชี้วัด

คำอธิบายนิยามตัวชี้วัด
แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ปี 2560-2640

เป้าประสงค์ที่ G1	ประชาชนมีสุขภาพะ				
ตัวชี้วัด I 1.1 (R1)	ร้อยละอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง				
คำนิยาม	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง เมื่อเปรียบเทียบ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตามปีปฏิทิน ลดลงร้อยละ 20 โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Denque Fever(DF) , Denque Hemorrhagic Fever(DHF) และ Denque Shock Syndrome(DSS) อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วย DF , DHF และ DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 1 เดือนคูณ 100,000 หาร จำนวนประชากรกลางปีเดียวกัน อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก หมายถึง ผลรวมของจำนวนผู้ป่วย DF , DHF และ DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ตามปีปฏิทิน คูณ 100,000 หาร จำนวนประชากรกลางปีเดียวกัน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	ลดลงร้อยละ 20	ลดลงร้อยละ 20	ลดลงร้อยละ 20	ลดลงร้อยละ 20	ลดลงร้อยละ 20
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินเป้าประสงค์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรตามฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร รายอำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดทำฐานข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายเดือนและรายปี เปรียบเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี				
แหล่งข้อมูล	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออก 2. รายงาน 506 3. รายงานการสอบสวนโรค เอกสารเผยแพร่ 4. หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง				
รายการข้อมูล 1	A = อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปีปัจจุบัน				
รายการข้อมูล 2	B = ค่ามัธยฐานอัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ย้อนหลัง 5 ปี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน คือ A/B) x 100 หาร B				

ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560-2564 : ร้อยละของอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ลดลงร้อยละ 20					
วิธีการประเมินผล Ranking :	ร้อยละของอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลง				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	น้อยกว่าร้อยละ5	5-9%	10-14%	15-19%	≥20%
เอกสารสนับสนุน :	1. ค่า HI / CI รายหมู่บ้าน 2. Epidemic curve รายหมู่บ้าน				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ จันทรแดง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ 				

เป้าประสงค์ที่ G1	ประชาชนมีสุขภาพะ
ตัวชี้วัด 1.2	เด็กไทยมีระดับสติปัญญาเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
คำนิยาม	เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ผ่านการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือ DSPP แล้วพบมีพัฒนาการล่าช้า และเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินไม่ผ่านครบ 5 ด้าน การติดตามกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน หมายถึง การจัดระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยในคลินิกพัฒนาการ ของโรงพยาบาล และติดตามไปในชุมชนได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึง เครื่องมือมาตรฐาน หมายถึง เครื่องมือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I) เด็กไทย หมายถึง เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอวท.และราชภัฏ) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการตำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ ความฉลาดทางสติปัญญา หมายถึง ความสามารถของสมอง ในการคิด การใช้เหตุผลการคำนวณ การเชื่อมโยง เป็นศักยภาพทางสมองที่ติดตัวมาแต่กำเนิด สามารถวัดออกมาเป็นค่าสัดส่วนตัวเลขที่แน่นอนได้ โดยเครื่องมือวัดส่วนใหญ่จะวัดทักษะและกระบวนการของสมอง เช่น ความคิด ความจำ การจัดการข้อมูลของสมอง เป็นต้น ความฉลาดทางสติปัญญาไม่ต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง ค่าที่แสดงความสามารถของสมองในภาพรวมซึ่งเกิดจากการใช้เครื่องมือวัดความสามารถทางสติปัญญาให้ได้ใกล้เคียงศักยภาพจริงมากที่สุด โดยมีค่ากลางที่เป็นมาตรฐานสากล ยุคปัจจุบันที่ค่า = 100

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
-รพ.มีการ จัดบริการ คลินิกกระตุ้น พัฒนาการเด็ก พัฒนาการล่าช้า ให้บริการเด็กกลุ่ม เสี่ยงเพื่อได้รับการ ติดตามกระตุ้น พัฒนาการและ ดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 50	-รพ.มีการ จัดบริการ คลินิกกระตุ้น พัฒนาการเด็ก พัฒนาการล่าช้า ให้บริการเด็กกลุ่ม เสี่ยงเพื่อได้รับการ ติดตามกระตุ้น พัฒนาการและ ดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 60	-รพ.มีการ จัดบริการ คลินิกกระตุ้น พัฒนาการเด็ก พัฒนาการล่าช้า ให้บริการเด็กกลุ่ม เสี่ยงเพื่อได้รับการ ติดตามกระตุ้น พัฒนาการและ ดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 70	-รพ.มีการ จัดบริการ คลินิกกระตุ้น พัฒนาการเด็ก พัฒนาการล่าช้า ให้บริการเด็กกลุ่ม เสี่ยงเพื่อได้รับการ ติดตามกระตุ้น พัฒนาการและ ดูแลต่อเนื่องด้วย เครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 80	ระดับสติปัญญา เฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 100
วัตถุประสงค์	1. เด็กพัฒนาการล่าช้า สงสัยล่าช้าได้รับการบริการกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่อง 2. รพ.มีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ 3. ทราบถึงสถานการณ์ความฉลาดทางสติปัญญาของเด็กไทย 4. เป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาความฉลาดทางสติปัญญาเด็กไทย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	-ปี 2560 -2563 เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาปีที่ 1 ที่ได้รับการประเมินโดยมีผลพัฒนาการล่าช้าและเด็กที่มีผลพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการสงสัยล่าช้า ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำแล้วมีผลการประเมินไม่ผ่านครบ 5 ด้าน -ปี 2564 คือ เด็กนักเรียนไทยที่กำลังศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ปีที่ 1 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สอศ.และวช.ภ.) กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) กองบัญชาการ			

	สำรวจตระเวนชายแดน และสังกัดกรุงเทพมหานคร ทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ปี 2560 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามโครงการเสริมสร้างพัฒนาการเด็กล่าช้า ปี 2561 – 2563 : จากรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดในแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนฯ 12 (พ.ศ.2560– 2564) ปี 2564 : จากการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กชั้น ป.1 ทั่วประเทศ
แหล่งข้อมูล	ปี 2560 -2563 ข้อมูลจาก HDC ปี 2564 ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2564, 2569, 2574, และ 2579 (สำรวจทุก 5 ปี)
รายการข้อมูล 1	A 2560 - 2563 = จำนวนเด็กพัฒนาการล่าช้า A 2564 = ผลรวมของคะแนน IQ ของเด็กนักเรียนไทยกลุ่มตัวอย่าง
รายการข้อมูล 2	B 2560 - 2563 = จำนวนเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินไม่ผ่านครบ 5 ด้าน
รายการข้อมูล 3	C 2560 - 2563 = จำนวนเด็กทั้งหมดในอำเภอที่พบพัฒนาการล่าช้า และจำนวนเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมินไม่ผ่านครบ 5 ด้าน ทั้งหมดจากการตรวจคัดกรองพัฒนาการ C 2560 = จำนวนเด็กนักเรียนไทยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในปีที่สำรวจ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ปี 2560 -2563 = $A+B/C \times 100$ ปี 2564 = A/C
ระยะเวลาประเมินผล	ปี 2560 -2563 วันที่ 25 ของทุกเดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 - 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-เปิดให้บริการคลินิก พัฒนาการด้วย เครื่องมือมาตรฐาน โดยกำหนดวัน เวลา ให้บริการที่ชัดเจนตาม คุณภาพระบบบริการ -มีการจัดทำ ฐานข้อมูลเด็กป่วย , เด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหา พัฒนาการล่าช้า	-มีการจัดระบบการ ดูแลทางสังคมและ จิตใจ ใน การดูแลเด็กที่ มีปัญหาพัฒนาการ ล่าช้า ปัญหาการเรียน และพฤติกรรมสำหรับ พ่อแม่ หรือผู้เลี้ยงดู ที่มารับบริการคลินิก พัฒนาการ	-มีการจัดระบบติดตาม ดูแลเด็กป่วย,เด็กกลุ่ม เสี่ยงที่มีปัญหา พัฒนาการล่าช้าในคลินิก กระตุ้นพัฒนาการใน โรงพยาบาลและระบบการ ติดตามเยี่ยมในชุมชนได้ อย่างครอบคลุม	รพ.มีการจัดบริการ คลินิกกระตุ้น พัฒนาการเด็ก พัฒนาการล่าช้า และ เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการ ติดตามกระตุ้น พัฒนาการและดูแล ต่อเนื่องด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน ร้อยละ 50 ในปี 2560 ร้อยละ 60 ในปี 2561 ร้อยละ 70 ในปี 2562 ร้อยละ 80 ในปี 2563

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ระดับสติปัญญาเฉลี่ย ไม่ต่ำกว่า 100

วิธีการประเมินผล :

- วิเคราะห์ข้อมูลจากคุณภาพการจากระบบบริการกระตุ้นพัฒนาการเด็กพัฒนา
ล่าช้าใน รพ.
- วิเคราะห์ข้อมูลจากจำนวนเด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ
และดูแลต่อเนื่องด้วยเครื่องมือมาตรฐาน
- วิเคราะห์ข้อมูลจากการรายงานผลการสำรวจระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย

เอกสารสนับสนุน :

- คู่มือประเมินเพื่อช่วยเหลือเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ (TEDA4I)
- บทความพื้นฟูวิชาการ : การสำรวจระดับสติปัญญาเด็กไทยในสองทศวรรษ
ที่ผ่านมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 ปี 2555

	-รายงานการสำรวจระดับสติปัญญา และความฉลาดทางอารมณ์ ปี 2554 และ 2559. กรมสุขภาพจิต				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2549	2554	2559
	ค่าเฉลี่ยของระดับสติปัญญาเด็กวัยเรียนจังหวัดอุบลราชธานี	ค่าเฉลี่ย	-	93.51	89.67
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ 3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 – 3211902 โทรสาร : 045 - 244801 2. นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ 3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 – 4649824 โทรสาร : 045 – 244801 E-mail...Mentalhealthubon@gmail.com 3.นางเนาวรัตน์ สืบภา นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ 3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 091 – 3509180 โทรสาร : 045 - 244801 กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล(ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ 3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 – 3211902 โทรสาร : 045 - 244801 2. นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ 3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 – 4649824 โทรสาร : 045 – 244801 E-mail...Mentalhealthubon@gmail.com				

	3.นางเนาวรัตน์ สืบภา นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 091 – 3509180 โทรสาร : 045 - 244801 กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่ G1		ประชาชนมีสุขภาพะ		
ตัวชี้วัด I 1.3 (PA , ตร. , R2)		อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี		
คำนิยาม		จำนวนการคลอดบุตรมีชีวิตของผู้หญิงอายุ 15-19 ปี ต่อจำนวนประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน		
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี □ 563	ปี 2564
ไม่เกิน 30 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน	ไม่เกิน 30ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน	ไม่เกิน 28 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน	ไม่เกิน 28ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน	ไม่เกิน 26 ต่อ ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน
วัตถุประสงค์		เพื่อติดตามผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ผู้หญิงอายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดบุตรมีชีพในระหว่างปีทำการเก็บข้อมูล		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้หญิง อายุ 15 – 19 ปี ที่มีการคลอดและทำการแจ้งเกิดกับนายทะเบียนแห่งท้องที่ที่เกิดและปรากฏข้อมูลอยู่ในฐานทะเบียนราษฎร		
แหล่งข้อมูล		ฐานข้อมูลการเกิดมีชีพจากทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย		
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนการคลอดมีชีพโดยหญิงอายุ 15 – 19 ปี (จากทะเบียนเกิด)		
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนหญิงอายุ 15 – 19 ปี ทั้งหมด (จำนวนประชากรกลางปีจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1		(A/B) X 1,000		
ความถี่ในการรายงาน		รายงาน 43 แพ้ม ทุกเดือน		

เกณฑ์การประเมิน Ranking :																						
		ระดับคะแนน	ค่าเป้าหมาย (อัตรา)																			
		5 คะแนน	≤ 30.0																			
		4 คะแนน	30.1 - 35.0																			
		3 คะแนน	35.1 - 40.0																			
		2 คะแนน	40.1 - 45.0																			
		1 คะแนน	> 45.0																			
หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล		ห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง และงานอนามัยวัยรุ่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ																				
วิธีการประเมินผล :		ใช้ข้อมูลจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ที่ผ่านการตรวจสอบ จากกลุ่มงานยุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.อบ เป็นการประมวลผลย้อนหลัง ปีละ 1 ครั้ง																				
เอกสารสนับสนุน :		ฐานข้อมูลจำนวนการเกิด และข้อมูลประชากรกลางปี จากกลุ่มงาน พัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน (จากรายงาน HDC)		<table><tr><td rowspan="2">Baseline data</td><td rowspan="2">หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)</td></tr><tr><td>2557</td><td>2558</td><td>2559</td></tr><tr><td>-ประเทศ</td><td>อัตราการคลอดต่อพันประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี</td><td>47.9</td><td>44.3</td><td>-</td></tr><tr><td>-จ.อุบลราชธานี</td><td></td><td>30.83</td><td>32.30</td><td>29.62</td></tr></table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)			2557	2558	2559	-ประเทศ	อัตราการคลอดต่อพันประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี	47.9	44.3	-	-จ.อุบลราชธานี		30.83	32.30	29.62
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ (พ.ศ.)																				
		2557	2558	2559																		
-ประเทศ	อัตราการคลอดต่อพันประชากร หญิงอายุ 15-19 ปี	47.9	44.3	-																		
-จ.อุบลราชธานี		30.83	32.30	29.62																		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทร 081-9655169 E-mail : pew_69@hotmail.com																				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี																				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน		นางสาวมะลิวรรณ มานะ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087-9766485 E-mail : ma_marh@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทร 045-262692 ต่อ 1130																				

เป้าประสงค์ที่ G1	ประชาชนมีสุขภาพะ
ตัวชี้วัด I 1.4 (PA . ตร. ,R3)	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	1. ความสำเร็จการรักษา หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ 1.1 รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่มีผลตรวจพบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการยืนยันเมื่อเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษาและในเดือนสุดท้ายของการรักษา 1.2 รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่าการรักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา เป็นลบรวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ 2. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อนและผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า 1 เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 2.1 ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือ วิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 2.2 ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B -) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค 2.3 วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่เนื้อปอด 3. ผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดหรือวัณโรคนอกปอดที่การป่วยครั้งล่าสุด มีผลการรักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคอีก แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

	3.1.ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อ(Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง 3.2.ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันไม่พบเชื้อ (Clinically diagnosed : B-) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีผลตรวจเสมหะ เป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ทำการวินิจฉัยด้วยวิธีการตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอก หรือมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค 3.3.วัณโรคนอกปอด (EP) หมายถึง การที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคที่อวัยวะอื่นๆที่ไม่ใช่เนื้อปอด 4.กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม 5.ผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม หมายถึง ผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข)					
	เกณฑ์เป้าหมาย :					
		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
		ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 88	ร้อยละ 89	ร้อยละ 90
	วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ป่วยวัณโรค				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน Cohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559)					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้ 1. แบบฟอร์ม TB08 ที่บันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาส ที่ประเมินได้ ผ่านระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงในการประเมินผล					
แหล่งข้อมูล	1. แบบฟอร์ม TB08 หรือ 2. ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ 3. โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (TBCM 2010) หรือ					

	4. โปรแกรม TBCM online								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในCohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวม กับรักษาครบ (Completed)								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในCohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B) x 100 เงื่อนไขการคำนวณ ● กลุ่มเป้าหมายและช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน คือผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในCohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) จะครบรอบรายงานผลการรักษาไม่เกินวันที่ 31 สิงหาคม 2560 ● เนื่องจากผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในCohort ที่ 1 ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม-ธันวาคม 2559) จะมีระยะเวลาการรักษามากกว่าช่วงระยะที่จะสรุปผลการรักษา(Outcome) ในเดือนสิงหาคม 2560ในปีจึงยกเว้นไม่นำผู้ป่วยวัณโรคกลับเป็นซ้ำ (Relapse) มารวมประเมินผลการรักษา(Outcome) โดยให้คิดเฉพาะผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เท่านั้น ● กรณีที่แพทย์มีการเปลี่ยนแปลงการวินิจฉัย หรือ พบว่าเป็น Rifampicin resistant Tuberculosis (RR-TB), Multidrug resistant tuberculosis (MDR-TB) หรือ Extensively drug resistant tuberculosis (XDR-TB) ก่อนสิ้นเดือนที่ 5 จะไม่ถูกนำมานับรวมอยู่ในตัวหาร “B” เพื่อคิดคำนวณอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 2 หรือ ไตรมาส 3								
เกณฑ์การประเมิน :									
ปี 2560 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 87</td><td>ร้อยละ 87</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87	ร้อยละ 87						

วิธีการประเมินผล Ranking :	ใช้อัตราความสำเร็จในการรักษาแยกเป็นระดับอำเภอ เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ที่ขึ้นทะเบียนและครบรอบรายงานในหนึ่งไตรมาสที่ประเมินได้				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	≤81%	81%	83%	85%	≥87%
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. แบบฟอร์ม TB08 3. ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online 4. ระบบแจ้งกลับผลการดำเนินงานวัณโรค (www.tbthailand.org/data)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ จันทรแดง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ 				

เป้าประสงค์ที่ G1		ประชาชนมีสุขภาพะ		
ตัวชี้วัด I 1.5 (PA , ตร. , R4)		อัตราผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและ/หรือเบาหวานรายใหม่ (ร้อยละ)		
คำนิยาม		ผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) ผู้ป่วยรายใหม่จากโรคเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวาน ในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14)		
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 536 คน ต่อแสนประชากร 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 258 คน ต่อแสนประชากร (ลดลงปีละ 0.25)	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 531 คน ต่อแสนประชากร 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 256 คน ต่อแสนประชากร (ลดลงปีละ 0.25)	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 526 คน ต่อแสนประชากร 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 254 คน ต่อแสนประชากร (ลดลงปีละ 0.25)	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 521 คน. ต่อแสนประชากร 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 252 คน ต่อแสนประชากร (ลดลงปีละ 0.25)	1.ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 516 คน ต่อแสนประชากร 2.ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ 250 คน ต่อแสนประชากร (ลดลงปีละ 0.25)
วัตถุประสงค์		1. เพื่อลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง 2. เพื่อลดอัตราการเพิ่มของผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		1. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคความดันโลหิตสูงในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = I10 – I15) 2. ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกจากแพทย์ว่าป่วยจากโรคเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ (รหัสโรค ICD10 = E10-E14)		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม เข้าสู่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด		
แหล่งข้อมูล		ใช้ฐานข้อมูล HDC ของ Data Center จังหวัด		

รายการข้อมูล 1	A = อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทุกกลุ่มอายุ ก่อนปีงบประมาณที่วิเคราะห์ (ใช้ตัวเต็ม)													
รายการข้อมูล 2	B = อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคความดันโลหิตสูง ทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ (ใช้ตัวเต็ม)													
รายการข้อมูล 3	C = อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน ทุกกลุ่มอายุ ก่อนปีงบประมาณที่วิเคราะห์ (ใช้ตัวเต็ม)													
รายการข้อมูล 4	D = อัตราผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคเบาหวาน ทุกกลุ่มอายุ ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ (ใช้ตัวเต็ม)													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	((A – B)/A) x 100													
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	((C – D)/C) x 100													
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 ปี (ปีงบประมาณ)													
เกณฑ์การประเมิน : วัดผลลัพธ์อัตราผู้ป่วยรายใหม่โดยประเมินผลปีละ 1 ครั้ง ในรอบ 12 เดือน ปี 2560 :														
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td colspan="2">รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td colspan="2">1. ผู้ป่วย HT รายใหม่ 536 คน ต่อแสนประชากร 2. ผู้ป่วย DM รายใหม่ 258 คน ต่อแสนประชากร</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		-	-	-	1. ผู้ป่วย HT รายใหม่ 536 คน ต่อแสนประชากร 2. ผู้ป่วย DM รายใหม่ 258 คน ต่อแสนประชากร	
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
-	-	-	1. ผู้ป่วย HT รายใหม่ 536 คน ต่อแสนประชากร 2. ผู้ป่วย DM รายใหม่ 258 คน ต่อแสนประชากร											
เกณฑ์การให้คะแนน : (Ranking)		1. มีทะเบียนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ ระดับอำเภอ 2. มีกิจกรรมแผนงาน โครงการ เพื่อลดอัตราป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงรายใหม่ 3. มีการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในกลุ่มเสี่ยง (Pre HT,Pre DM, BMI เกิน ,อ้วนลงพุง) 4. มีการบันทึกข้อมูลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง (Pre HT,Pre DM, BMI เกิน,อ้วนลงพุง) ที่สามารถส่งออก 43 แฟ้มได้ 5. อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ไม่เกิน 536 ต่อแสนประชากร และ/หรือ เบาหวานรายใหม่ ไม่เกิน 258 ต่อแสนประชากร												
		<table><tr><td>1 คะแนน</td><td>2 คะแนน</td><td>3 คะแนน</td><td>4 คะแนน</td><td>5 คะแนน</td></tr><tr><td>ผ่าน 1 ข้อ</td><td>ผ่าน 2 ข้อ</td><td>ผ่าน 3 ข้อ</td><td>ผ่าน 4 ข้อ</td><td>ผ่านข้อ 5</td></tr></table>			1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	ผ่าน 1 ข้อ	ผ่าน 2 ข้อ	ผ่าน 3 ข้อ	ผ่าน 4 ข้อ	ผ่านข้อ 5
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน										
ผ่าน 1 ข้อ	ผ่าน 2 ข้อ	ผ่าน 3 ข้อ	ผ่าน 4 ข้อ	ผ่านข้อ 5										

วิธีการประเมินผล :	- วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูง - วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดอัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวาน				
เอกสารสนับสนุน :	- คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	อัตราผู้ป่วยรายใหม่	ต่อแสน ประชากร			
- โรคความดันโลหิตสูง			-	795	714
- โรคเบาหวาน			-	401	344
ที่มา : ฐานข้อมูล HDC กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์โดย : สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นายเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 092 -7185455 e-mail: yaowaluk_phokla@yahoo.co.th				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ , จังหวัด				

เป้าประสงค์ G1	ประชาชนมีสุขภาพะ					
ตัวชี้วัด 1.2.1 (ตร.)	อัตราส่วนการตายมารดาไทย					
คำนิยาม	การตายมารดา หมายถึง การตายของมารดาไทยตั้งแต่ตั้งครรภ์ การคลอด และหลังคลอด 42 วัน หลังคลอด ไม่ว่าอายุครรภ์จะเป็นเท่าใดหรือการตั้งครรภ์ที่ตำแหน่งใด จากสาเหตุที่เกี่ยวข้องหรือก่อให้เกิดความรุนแรงขึ้น จากการตั้งครรภ์ และหรือการดูแลรักษาขณะตั้งครรภ์ และคลอด แต่ไม่ใช่จากอุบัติเหตุหรือสาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้อง ต่อแผนการเกิดมีชีพ					
เกณฑ์เป้าหมาย	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	
	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน	ไม่เกิน 20 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน	ไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน	ไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพ แสนคน	
วัตถุประสงค์	1.พัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพ 2.เฝ้าระวังหญิงช่วงตั้งครรภ์และคลอดเพื่อลดการตายของมารดาจากการตั้งครรภ์และการคลอดอย่างมีประสิทธิภาพ 3.จัดระบบการส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ภาวะฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ หญิงคลอด มารดาหลังคลอด					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ระบบรายงาน ก. 1 ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาตายระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด หลังคลอด 42 วัน ในช่วงเวลาเดียวกัน					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนการเกิดมีชีพทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B \times 100,000$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 12 เดือน					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด ต่อแสนการเกิด มีชีพ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ประเทศ		31.2	22.6	-
	เขต 10		28.4	21.3	12.9
	อุบลราชธานี		25.0	15.5	15.8
เอกสารสนับสนุน	คู่มือมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย คู่มือมาตรฐานห้องคลอดคุณภาพ กรมการแพทย์				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์ชาญศักดิ์ จึงมั่นคง หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน 045-244973 โทรศัพท์มือถือ 088-0248888 โทรสาร 045 – 244145 E-mail : drchansak@gmail.com 2. นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางพนภัส ประเสริฐไทยเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-9655169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com 2. . นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com				

เป้าประสงค์ที่ G1	ประชาชนมีสุขภาพะ																			
ตัวชี้วัด I 2.2 (PA , ตร.)	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน																			
คำนิยาม	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุ ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุ รวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนวนโยบัยและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน(ปี 2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ 50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ 5 ปี (ปี 2554 - 2558) แนวโน้มยังคงตัว มีเวลาที่จะดำเนินการอีก 5ปี เท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดให้ได้ร้อยละ 50 ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ 7 - 8 ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษฯ หรือคิดเป็นลดลงปีละ 2 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี 2554 เป็นค่า ตั้งต้น รายละเอียดเป้าหมาย และกำหนดให้ปี 2564 ไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน ดังตาราง																			
	ปี 54	ปี 55	ปี 56	ปี 57	ปี 58	ปี 59	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64									
	22	22	22	20	18	16	14	13	12	11	10									
เกณฑ์เป้าหมาย																				
<table><tr><td>ปี 2560</td><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td></tr><tr><td>ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน</td></tr></table> หมายเหตุ : 1.ปี 2560 กำหนดเกณฑ์เป้าหมาย 18 ต่อประชากรแสนคน (ซึ่งไม่ตรงกับเป้าหมายทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน) 2.ปี 2561 อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์เป้าหมายใหม่											ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564																
ไม่เกิน 18 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน																
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรจังหวัดอุบลราชธานี ทุกกลุ่มอายุ																			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด/อำเภอจากข้อมูล3 ฐาน																			

แหล่งข้อมูล	ข้อมูล 3 ฐาน สาธารณสุข ตำรวจและบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด (3 ฐาน)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100,000			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560-2564 : จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน				
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
ไม่เกิน 18 ต่อ ประชากรแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อ ประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อ ประชากรแสนคน	ไม่เกิน 13 ต่อ ประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อ ประชากรแสนคน
ปี 2560 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 28% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 14 ประชากรแสนคน				
ปี 2561 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 35% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 13 ประชากรแสนคน				
ปี 2562 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 42% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 12 ประชากรแสนคน				
ปี 2563 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 49% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 11 ประชากรแสนคน				
วิธีการประเมินผล :	1.คำนวณอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูลเฉลี่ยปี 2553-2555 2.ระดับอำเภอประเมินกระบวนการทำงานป้องกันและแก้ไข ตามแนวทางการดำเนินงาน			

แนวทางการดำเนินงาน:	แนวทางการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ใน 4 ด้าน ดังนี้				
	1) ด้านการจัดการข้อมูล ได้แก่ การบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน, การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บ และการนำข้อมูลไปขับเคลื่อนที่มาตรการและประเมินผล 2) ด้านการป้องกัน ได้แก่ การชี้เป้าและการจัดการจุดเสี่ยง การขับเคลื่อนในระดับอำเภอผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (DHS/DC), การสร้างมาตรการชุมชน/ด้านชุมชน มาตรการองค์กร และมาตรการอื่นๆ 3) ด้านการรักษาและตอบสนองหลังเกิดเหตุ ได้แก่ การพัฒนา ER/EMS, Trauma Fast tract 4) ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การจัดตั้ง Trauma Admin Unit, การจัดตั้ง EOC RTI				
เอกสารสนับสนุน :	- รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2558 - รายงานผลการศึกษาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัดเพื่อหาโอกาสพัฒนา (โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน) ปี 2556 - สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ค่ามัธยฐาน 3 ปี (ปี 53-55)	จำนวน (ต่อประชากรแสนคน)		303	333	330
ที่มา : บูรณาการข้อมูลการตาย 3 ฐาน (บริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ ตำรวจและสาธารณสุข)					

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.091 0204657 2.นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 095 9065542 3.นายทรงพล นามวงษา พนักงานกระทรวงสาธารณสุข โทร.091 8275159
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3.นายทรงพล นามวงษา พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

เป้าประสงค์ที่G1	ประชาชนมีสุขภาพะ				
ตัวชี้วัด I 2.3 (PA , ตร.)	อัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง				
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง ผู้ป่วยใน (ผู้ป่วยที่รับไว้นอนพักรักษาในโรงพยาบาล (admit นานตั้งแต่ 4 ชั่วโมงขึ้นไป) ที่มี principal diagnosis (pdx) เป็นโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) 2. การตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หมายถึง การตายจากทุกสาเหตุของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3. การจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกสถานะ หมายถึง การที่ผู้ป่วยในออกจากโรงพยาบาลในทุกสถานะทุกกรณี				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปี 2560		ปี 2561		ปี 2562	
≤ ร้อยละ 7		≤ ร้อยละ 7		≤ ร้อยละ 7	
ปี 2563		ปี 2564		ปี 2565	
≤ ร้อยละ 7		≤ ร้อยละ 7		≤ ร้อยละ 7	
วัตถุประสงค์		ลดอัตราตายของผู้ป่วยหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาล			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง			

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการให้บริการผู้ป่วยใน (IPD – 12 แพ้ม) จากหน่วยบริการแต่ละแห่งรวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพที่ 1-12									
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล IPD จาก 12 แพ้ม หรือ 43 แพ้ม									
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครั้งของการจำหน่ายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตายจากทุกหอผู้ป่วย									
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครั้งของการจำหน่ายทุกสถานะของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจากทุกหอผู้ป่วยในช่วงเวลาเดียวกัน									
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)x100									
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามเปลี่ยนแปลงทุก 6 เดือน									
เกณฑ์การประเมิน :										
ปี 2560-2564 :										
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน						
-		-		-						
				≤ ร้อยละ 7						
วิธีการประเมินผล :						จากข้อมูล IPD จาก 12 แพ้ม หรือ 43 แพ้ม				
เอกสารสนับสนุน :						Health data center สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ							
			2557	2558	2559					
		ร้อยละอัตราตายผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง	20.80	11.30	NA					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 092 –7185455 e-mail: yaowaluk_phokla@yahoo.co.th									
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	โรงพยาบาล , สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด									
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ , จังหวัด									

เป้าประสงค์ G1	ประชาชนมีสุขภาพะ										
ตัวชี้วัด I 2.4 (PA , ตร. ,R5)	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร										
คำนิยาม	การฆ่าตัวตายสำเร็จ หมายถึง การกระทำของบุคคลในการปลิดชีวิตตนเองโดยสมัครใจและเจตนาที่จะตายจริง เพื่อให้หลุดพ้นจากการบีบคั้น หรือความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิต ซึ่งอาจจะกระทำโดยตรงไปตรงมาหรือกระทำโดยอ้อมด้วยวิธีการต่างๆ จนกระทั่งกระทำได้สำเร็จ การพยายามฆ่าตัวตาย (Suicide Attempt) หมายถึง การกระทำต่อตนเองโดยมุ่งหวังให้จบชีวิต แต่ไม่สำเร็จ การบริการบำบัดและเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มารับบริการ ในหน่วยบริการสาธารณสุข ได้รับการคัดกรอง เฝ้าระวังด้วยวิธีการและ/หรือเครื่องมือสำหรับบุคลากร สาธารณสุข เช่น แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย กรมสุขภาพจิต และได้รับ บริการตรวจรักษาตามอาการและการดูแลด้านสังคมจิตใจ ตามอาการที่พบ และมีการติดตามเยี่ยมภายใน 15-30 วันอย่างน้อยหนึ่งครั้ง ภายหลังจากให้กลับบ้าน และ หรือ มีการติดตามดูแลโดยการนัดมาติดตามผลที่สถานบริการ (Follow up) หรือการติดตามไปดูแลในชุมชนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (Refer) เพื่อให้เกิดความปลอดภัยจากการฆ่าตัว ตาย และไม่กลับไปฆ่าตัวตายซ้ำ ภายใน 1 ปี										
เกณฑ์เป้าหมาย : ≤ 6.3 ต่อประชากรแสนคน											
<table><tr><td>ปี 2560</td><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td></tr><tr><td>≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน</td><td>≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน</td><td>≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน</td><td>≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน</td><td>≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน</td></tr></table>		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564							
≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน	≤ 6.3 ต่อ ประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน	≤ 6.0 ต่อ ประชากรแสนคน							
วัตถุประสงค์	1. ทำให้ทราบถึงภาวะสุขภาพอนามัยของประชนกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มบุคคล สถานที่ ช่วงเวลา เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน 2. เป็นเครื่องชี้วัดปัญหาสาธารณสุขและความรุนแรงของปัญหานั้น สู่การกำหนดมาตรการและแนวทางในการแก้ไขปัญหาต่อไป										
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จทั้งจังหวัด										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-แบบ รง. 506 S -การบันทึกข้อมูลผ่านฐานข้อมูล Online www.suicidethailand.com										

แหล่งข้อมูล	-แบบ รง. 506 S -โปรแกรม www.suicidethailand.com - ข้อมูลการแจ้งตายจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร กระทรวงมหาดไทย				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรทุกกลุ่มอายุ (ตามฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100,000				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส				
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking					
คะแนน	เกณฑ์				หมายเหตุ
1 คะแนน	อัตราฆ่าตัวตายมากกว่า 8.4 ต่อแสนประชากร				
2 คะแนน	อัตราฆ่าตัวตาย 7.8-8.3 ต่อแสนประชากร				
3 คะแนน	อัตราฆ่าตัวตาย 7.1-7.7 ต่อแสนประชากร				
4 คะแนน	อัตราฆ่าตัวตาย 6.4 – 7.0 ต่อแสนประชากร				
5 คะแนน	อัตราฆ่าตัวตาย ไม่เกิน 6.3 ต่อแสนประชากร				
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราส่วน และอธิบายลักษณะทางภูมิศาสตร์ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ				
เอกสารสนับสนุน :	1. ชุดข้อมูลรายงานการตายที่รวบรวมจากใบมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข 2. แบบรายงาน การเฝ้าระวังผู้ทำร้ายตนเอง กรมสุขภาพจิต (รง 506 DS) 3. ชุดข้อมูลสุขภาพ 43 แฟ้ม จากหน่วยบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ รวบรวม โดยสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	4.68	4.82	4.98

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 3211902 2. นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 4649824 โทรสาร : 045 - 244801 E-mail..Mentalhealthubon@gmail.com 3.นางเนาวรัตน์ สืบภา นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 091 - 3509180 โทรสาร : 045 - 244801 กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 - 262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 3211902 โทรสาร : 045 - 244801 2. นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3.นางเนาวรัตน์ สืบภา นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่G1	ประชาชนมีสุขภาพ			
ตัวชี้วัด I 2.5 (PA)	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ			
คำนิยาม	อัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ หมายถึง จำนวนการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 =C220-C229) ทุกกลุ่มอายุต่อประชากรแสนคนในช่วงปีนั้น เป้าหมายของการลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับ คือ ลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับลดลงร้อยละ 5 เปรียบเทียบกับ baseline ในปี 2556			
เกณฑ์เป้าหมาย ลดลงร้อยละ 5 ในระยะ 5 ปี(ปี 2560 – 2564)				
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
23.50	23.50	23.00	23.00	22.70
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการตายจากโรคมะเร็งตับของประชากรไทย			

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวนประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร																				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการแจ้งตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งตับจากฐานข้อมูลการตายทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์																				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการตายจากทะเบียนราษฎร โดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์																				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนการตายจากโรคมะเร็งตับ (รหัส ICD-10 = C220-C229)																				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปีในช่วงเวลาเดียวกัน																				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$																				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)																				
เกณฑ์การประเมิน : ประเมิน รอบ 12 เดือน																					
<table border="1"> <tr> <td>ปี 2560</td><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td></tr> <tr> <td>23.50</td><td>23.50</td><td>23.00</td><td>23.00</td><td>22.70</td></tr> </table>		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	23.50	23.50	23.00	23.00	22.70										
ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564																	
23.50	23.50	23.00	23.00	22.70																	
วิธีการประเมินผล :	วิเคราะห์จากฐานข้อมูลการตายของ สนย. จากข้อมูลเบื้องต้นของทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย																				
เอกสารสนับสนุน :	สถิติสาธารณสุข 2557																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <td>Baseline data</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td>2557</td><td>2558</td><td>2559</td></tr> <tr> <td>อัตราตายด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ</td><td>ต่อ 100,000 คน</td><td>38.22</td><td>33.89</td><td>NA</td></tr> <tr> <td colspan="5">ที่มา: ฐานข้อมูลการเกิดการตาย สนย.กระทรวงสาธารณสุข</td></tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ					2557	2558	2559	อัตราตายด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ	ต่อ 100,000 คน	38.22	33.89	NA	ที่มา: ฐานข้อมูลการเกิดการตาย สนย.กระทรวงสาธารณสุข				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ																			
		2557	2558	2559																	
อัตราตายด้วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในตับ	ต่อ 100,000 คน	38.22	33.89	NA																	
ที่มา: ฐานข้อมูลการเกิดการตาย สนย.กระทรวงสาธารณสุข																					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นางสาวกฤติดา พลศักดิ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200																				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชน , สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด																				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอลิษา สุพรรณ/ นางสาวกฤติดา พลศักดิ์ / ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ																				

เป้าประสงค์ที่ G1	ประชาชนมีสุขภาพ				
ตัวชี้วัด I 2.6	อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก				
คำนิยาม	1.อัตราป่วยตายโรคไข้เลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการทางการแพทย์ในสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคไข้เลือดออก แล้วเสียชีวิตในช่วงปีงบประมาณนั้นๆ 2. โรคไข้เลือดออก หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก และหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Denque Fever(DF) , Denque Hemorrhagic Fever(DHF) และ Denque Shock Syndrome(DSS)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	ไม่เกินร้อยละ 0.11	ไม่เกินร้อยละ 0.11	ไม่เกินร้อยละ 0.11	ไม่เกินร้อยละ 0.10	ไม่เกินร้อยละ 0.10
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินเป้าประสงค์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยไข้เลือดออก				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จัดเก็บตามระบบรายงาน 506				
แหล่งข้อมูล	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออก 2. รายงาน 506 3. รายงานการสอบสวนโรค เอกสารเผยแพร่ 4. หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยและตายด้วยโรคไข้เลือดออกปีงบประมาณ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกปีงบประมาณ				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 : อัตราป่วยตายด้วยโรคไข้เลือดออก ไม่เกินร้อยละ 0.11					
เอกสารสนับสนุน :	1. ค่า HI / CI รายหมู่บ้าน 2. Epidemic curve รายหมู่บ้าน 3. รายงานการสอบสวนโรค				

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายแพทย์พิทักษ์พงษ์ จันทรแดง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 098-6353646 2. นายประทีป บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-9776334 3. นายวรเทพ บุรส์การ (จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน) กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-2826342
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายวรเทพ บุรส์การ จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-2826342

เป้าประสงค์ที่ G2	ประชาชนพึงตนเองด้านสุขภาพได้			
ตัวชี้วัด 13	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น ร้อยละ 5			
คำนิยาม	ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย หมายถึง ประชาชนคนไทยทุกสิทธิ ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ ปี 2560 จำแนกออกเป็น 2 กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ 1) กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 7-18 ปี ในสถานศึกษา 2) กลุ่มประชาชนอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องตามแนวทางที่กำหนด จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายดังนี้ 1) กลุ่มเด็กและเยาวชน มุ่งเน้นพฤติกรรมตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ 2) กลุ่มประชาชนอายุ 15ปีขึ้นไป มุ่งเน้นพฤติกรรม 3อ2ส ได้แก่ พฤติกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา การบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม			
เกณฑ์เป้าหมาย : เพิ่มขึ้นร้อยละ 5 ต่อปี (ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ปี 2559 ร้อยละ 20.10)				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	25.10
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและชุมชนมีการจัดการระบบบริการสุขภาพที่เข้มแข็ง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- เด็กและเยาวชนคนไทยที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ อายุ 7-18 ปี ในสถานศึกษา - ประชาชนคนไทยที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สุ่มประเมินในพื้นที่เป้าหมายตำบลจัดการสุขภาพ บันทึกในโปรแกรมของกองสุขภาพ หรือโปรแกรมประยุกต์อื่นๆ			
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ กองสุขภาพ			
รายการข้อมูล 1	A1= จำนวนเด็กและเยาวชนคนไทยที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ อายุ7-18ปี ในสถานศึกษาที่มีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด(ระดับดีมาก) A2= จำนวนประชาชนคนไทยที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่มี พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด (ระดับดีมาก)			

รายการข้อมูล 2	B1= จำนวนเด็กและเยาวชนคนไทยที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ อายุ7-18ปี ในสถานศึกษาพื้นที่เป้าหมายที่สุ่มสำรวจทั้งหมด B2= จำนวนประชาชนคนไทยที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เป้าหมายที่สุ่มสำรวจทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	hb1 = $\frac{A1 \times 100}{B1}$ hb2 = $\frac{A2 \times 100}{B2}$ HB = (hb1 + hb2) / 2										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (มิถุนายน – กรกฎาคม 2560)										
เกณฑ์การประเมิน : ประชาชนผ่านเกณฑ์การประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ในระดับดีมาก (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)											
ปี 2560 :											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>25.10</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				25.10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			25.10								
ปี 2561 :											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>30.10</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				30.10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			30.10								
ปี 2562 :											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>35.10</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				35.10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			35.10								
ปี 2563:											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>40.10</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				40.10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			40.10								
ปี 2564 :											
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>45.10</td></tr></table>				รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				45.10
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
			45.10								
วิธีการประเมินผล :	สำรวจพฤติกรรมสุขภาพ										

เอกสารสนับสนุน :	เอกสารสรุปผลการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2559 คู่มือการปฏิบัติงาน กระบวนการพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้ และการสื่อสารเพื่อ ปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพเด็กและเยาวชน คู่มือการปฏิบัติงานกระบวนการพัฒนาองค์ความรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญพิไล ชื่อสัตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 083-1271459 โทรสาร : 045-261864 E-mail : suesat7177@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางเพ็ญพิไล ชื่อสัตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 083-1271459 โทรสาร : 045-261864 E-mail : suesat7177@gmail.com

เป้าประสงค์ที่ G2	ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
ตัวชี้วัด 14 (ตร. R6)	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ ที่กำหนด
คำนิยาม	ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง ครอบครัวที่มี อสค. ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัวปฏิบัติ ตนในการดูแลสุขภาพตนเอง โดย 1. อสค. แสดงบทบาท ได้แก่ (1) เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มี พฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว ตนเอง (2) ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะ พึ่งพิง (3) ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. โดยไม่ ซ้ำซ้อนบทบาทกัน 2. สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ (1) รับประทานอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า (2) ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และไปพบแพทย์ตามนัด (3) ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด และ(4) บำรุงรักษาจิตใจ

	อาสาสมัครประจำครอบครัว หรือ อสค. หมายถึง สมาชิกคนใดคนหนึ่งของแต่ละครอบครัวที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตร อสค. ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด เพื่อให้ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวตนเอง กรณีครอบครัวนั้นอยู่คนเดียวหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิงอาจคัดเลือกเพื่อนบ้านให้เข้ารับการอบรมและทำหน้าที่ อสค. ให้ครอบครัวนั้นได้				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
จำนวน* (คน)	3,752	6,052	6,052	7,335	5,061
ร้อยละ	50	55	60	65	70
วัตถุประสงค์	1. เพื่อต่อยอดการสร้างความรู้จากชุมชนไปถึงทุกครัวเรือน 2. เพื่อให้ครอบครัวได้รับการดูแลสุขภาพและถ่ายทอดความรู้สม่ำเสมอ 3. เพื่อให้คนในแต่ละครอบครัวทำหน้าที่ในการดูแลสุขภาพครอบครัวของตนเอง เนื่องจากคนในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด 4. เพื่อให้แต่ละครอบครัว มี อสค. อย่างน้อย 1 คน เป็นผู้ดูแลสุขภาพ ประสานและเชื่อมโยง ส่งต่อกับ อสม. ซึ่งเป็นแกนนำขับเคลื่อนการดูแลและจัดการสุขภาพของชุมชน				
*ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการจัดสรรเป้าหมายจากกองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ - ปี 2560 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 หมายเหตุ ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2559				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูลจาก 1. การขึ้นทะเบียน อสค.และการประเมินผลศักยภาพครอบครัว โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่นำข้อมูลเข้าระบบที่ http://192.168.200.92/osk/ และหรือ 2.รายงานตามฐานข้อมูลและหรือโปรแกรมบนเว็บไซต์กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน www.thaiphc.net			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, สถานบริการสุขภาพภาครัฐ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ,สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครอบครัวเป้าหมาย			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด = $\frac{\text{รายการข้อมูล 1} \times 100}{\text{รายการข้อมูล 2}}$			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จำนวน (คน)	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย 450	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 1,313	คัดเลือกและพัฒนา อสค. เป้าหมาย เพิ่มอีก 1,989	-
ร้อยละ	-	-	-	ครอบครัวที่มี ศักยภาพในการดูแล สุขภาพตนเองได้ ตามเกณฑ์ ที่กำหนด ร้อยละ 50

วิธีการประเมินผล :

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขร่วมกับ อสค. ประเมินศักยภาพครอบครัวของ อสค.ทุกคน พร้อมทั้งนำข้อมูลเข้าระบบรายงานการดำเนินงาน อสค. ผ่าน <http://192.168.200.92/osk/> หรือ www.thaiphc.net

โดยเกณฑ์การประเมินที่ถือว่าครอบครัวมีศักยภาพ คือ บทบาท อสค. การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว คือ 70:30

ค่าน้ำหนักของเกณฑ์การประเมินครอบครัวมีศักยภาพ บทบาท อสค. : การประพฤติปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว (70:30) ได้แก่

บทบาท อสค.	ค่าน้ำหนัก	การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกในครอบครัว	ค่าน้ำหนัก
1.เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรมเป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัวตนเอง	30	1. คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็มดื่มน้ำเปล่า	10
2.ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	20	2.ดูแลการกินยาให้ตรงเวลาและพาไปพบแพทย์ตามนัด	5
3.ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม.	20	3. ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกายด้วยยางยืด	10
		4.บำรุงรักษาจิตใจ	5
รวม	70	รวม	30

รวมทั้งหมด = ร้อยละ 70 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์ครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. การสุ่มประเมินตามลำดับขั้นตามระเบียบวิธีทางสถิติ ตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอ และจังหวัด	
เกณฑ์การประเมิน Ranking	
ขั้นตอนที่	กิจกรรมการดำเนินงาน
1	1.1 ประชุมชี้แจงทำความเข้าใจผู้เกี่ยวข้องทราบถึงการดำเนินงาน อสค. 1.2 มีข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน ข้อมูลสถานะสุขภาพ ข้อมูลปัญหาผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูง ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง (CKD) จากฐานข้อมูล HDC (http://hdcservice.moph.go.th/) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยได้รับการจัดสรรเป้าหมายจากกองสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 1.3 ข้อมูลปี 2560 : 100% ของครอบครัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังระยะ 4 (หมายเหตุ : ประชากรกลุ่มเป้าหมายคิดจาก http://hdcservice.moph.go.th/ ณ วันที่ 10 ตุลาคม 2559) 1.4 ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย อสค. ตามเกณฑ์
2	2.1 มีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วน (สรุปรายงานการประชุม) 2.2 มีแผนงานสุขภาพชุมชนโครงการแก้ไขปัญาสุขภาพ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ 2.3 มีแผนการพัฒนาศักยภาพ อสค. ตามเกณฑ์ที่กำหนด 2.4 มีแผนการส่งเสริมความรู้ ในเรื่องการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของทุกคนในครอบครัว
3	3.1 มีการดำเนินงานตามแผนงานสุขภาพชุมชนโครงการที่ตั้งไว้ ด้วยครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3.2 มีการประเมินผลการดำเนินงานของ อสค. และครอบครัวที่ได้รับการดูแลจาก อสค. มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองตามเกณฑ์ที่กำหนด ด้วยแบบประเมินศักยภาพครอบครัว
4	4.1 มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่ตั้งไว้ พร้อมแนวทางแก้ไขปัญาในการดำเนินงานต่อไป 4.2 อสค.ได้รับการพัฒนาศักยภาพ ตามเกณฑ์ที่กำหนด 4.3 ครอบครัวได้รับการดูแลจาก อสค. 4.4 มีการบันทึกผลการดำเนินงานของ อสค. ที่ www.thaiphc.net

5	1. บทบาท อสค. ตามเกณฑ์ที่กำหนด ประกอบด้วย 1.1 เป็นแกนนำปฏิบัติตนด้านสุขภาพ ที่มีพฤติกรรม เป็นแบบอย่างให้ครอบครัว และเป็นผู้ดูแลสุขภาพของคน ในครอบครัวตนเอง 1.2 ถ่ายทอดความรู้ให้คนในครอบครัวตนเองและช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 1.3 ประสานงานพัฒนาสุขภาพครอบครัว และเป็นเครือข่ายกับ อสม. 2. การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเอง ของสมาชิกในครอบครัว ที่ได้รับการดูแลจาก อสค. ผ่านตามเกณฑ์ประเมินสุขภาพ ประกอบด้วย 2.1 คุมอาหารอย่างเป็นรูปธรรม คือ กินแบบลดหวาน ลดมัน ลดเค็ม ดื่มน้ำเปล่า 2.2 ดูแลการกินยาให้ตรงเวลา และพาไปพบแพทย์ตามนัด 2.3 ออกกำลังกาย เช่น ออกกำลังกาย ด้วยยางยืด 2.4 บำรุงรักษาจิตใจ																				
ขั้นตอนละ 1 คะแนน																					
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) 2. หลักสูตร/คู่มือ อสค. 3. แบบประเมินศักยภาพครอบครัว 4. โปรแกรมการพิมพ์ประกาศนียบัตร,บัตรประจำตัว อสค. และโปรแกรมการขึ้นทะเบียน อสค. 4.แบบรายงานผลการดำเนินงาน อสค. (ผ่าน www.thaiphc.net)																				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><th>Baseline data</th><th>หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr><tr><td></td><td></td><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>1.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ</td><td>คน</td><td>-</td><td>-</td><td>1,195</td></tr><tr><td>2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr></table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2557	2558	2559	1.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	คน	-	-	1,195	2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																			
		2557	2558	2559																	
1.จำนวนอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ	คน	-	-	1,195																	
2. ร้อยละของครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	-	-	-																	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวิจิต พุ่มจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน 2. นางอัจฉรา มหาวนากุล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 0 4526 2692 ต่อ 1152
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 0 4526 2692 ต่อ 1152
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางอัจฉรา มหาวนากุล เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 0 4526 2692 ต่อ 1152

เป้าประสงค์ที่ G2	ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
ตัวชี้วัด I 5 (R7)	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน จัดการสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
คำนิยาม	หมู่บ้าน/ชุมชน จัดการสุขภาพ หมายถึง การที่หมู่บ้าน/ชุมชน มีกระบวนการร่วมกันในการวางแผนด้านสุขภาพ มีการจัดการทรัพยากรเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ และมีการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพ เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง กระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพเพื่อเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี ระบบสุขภาพยั่งยืน ประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้ 1.ระดับพื้นฐาน (Input) 1.1 มีการจัดเวทีประชุมของทีมสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน คำตอบ ตอบ ข้อ 2 หรือ ข้อ 3 ถือว่าผ่านเกณฑ์ 1.2 มีทีมสุขภาพในการขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพของหมู่บ้าน/ชุมชน คำตอบ ตอบ ข้อ 2 หรือ ข้อ 3 ถือว่าผ่านเกณฑ์ 1.3 ได้รับการสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน ของ) เพื่อใช้ในการจัดการสุขภาพ คำตอบ ได้รับการสนับสนุนทรัพยากรจากแหล่งใดก็ได้ ถือว่าผ่านเกณฑ์ 2.ระดับพัฒนา (Process) (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานครบทุกข้อ) 2.1 มีการจัดทำแผนสุขภาพโดยชุมชน คำตอบ มี และเลือกวิธีการหลัก ในข้อ 2 หรือ ข้อ 3 หรือ ข้อ 4 หรือ ข้อ 5 ถือว่าผ่านเกณฑ์ 2.2 มีการจัดกิจกรรมพัฒนา/แก้ปัญหาสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน คำตอบ มีการจัดกิจกรรมหลัก (2.2.1) การพัฒนาศักยภาพ อสม./แกนนำสุขภาพ 2.2.2) การสร้างสุขภาพ /นวัตกรรมสุขภาพ 2.2.3) การจัดบริการสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน 2.2.4) การถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพในชุมชน 2.2.5) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในชุมชน) ครบ 5 กิจกรรมหลัก โดยแต่ละกิจกรรมหลัก ตอบว่ามี 1 ข้อขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์ (หากจัดกิจกรรมหลักไม่ครบ 5 กิจกรรมหลัก ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์)

	2.3 มีการประเมินผลการจัดการสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน คำตอบ มีการประเมินผลการจัดการสุขภาพในหมู่บ้าน / ชุมชน อย่างน้อย 2 ใน 6 วิธี ถือว่าผ่านเกณฑ์ 3.ระดับดี (Output) (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน และระดับพัฒนาครบทุกข้อ) 3.1 มีระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน คำตอบ มีระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค มีกิจกรรมครบทั้ง 4 ข้อ ถือว่าผ่านเกณฑ์ (มีกิจกรรมไม่ครบ 4 ข้อ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์) 3.2 มีการกำหนดกติกาหรือข้อบังคับหรือมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ คำตอบ ต้องมีการกำหนดกติกาในระดับหมู่บ้าน/ชุมชน และหรือ ระดับตำบล ถือว่าผ่านเกณฑ์ 4. ระดับดีมาก (Outcome) (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา และระดับดี ครบทุกข้อ) 4.1 เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพให้กับหมู่บ้าน/ชุมชนอื่นๆ คำตอบ เป็นแหล่งเรียนรู้/ศูนย์การเรียนรู้ ต้องมีองค์ประกอบข้อ 1 – ข้อ 4 ถือว่าผ่านเกณฑ์ (ไม่ครบองค์ประกอบ ข้อ 1 – 4 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์) 4.2 มีบุคคล/ทีมต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน คำตอบ มีบุคคล/ทีมต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน ถือว่าผ่านเกณฑ์ (ยังไม่มีบุคคล/ทีมต้นแบบฯ ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์) 5.ระดับดีเยี่ยม (Impact) (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี และระดับดีมาก ครบทุกข้อ) 5.1 ร้อยละ 70 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ขึ้นไป คำตอบ ทั้งข้อ 5.1.1 และ 5.1.2 ผ่าน (ร้อยละ 70) ขึ้นไป ถือว่าผ่านเกณฑ์ (น้อยกว่าร้อยละ 70 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์) 5.1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเด็กวัยเรียน หมายถึง กลุ่มเด็กวัยเรียนมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ แปลความหมาย ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพ ที่ได้รับ

การถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองตามแนวทางสุขภาพวิถีชีวิตแห่งชาติเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ รวมทั้งชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน ได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด 5.1.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มวัยทำงาน หมายถึง กลุ่มวัยทำงานมีความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการ มีความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ตามหลัก 3อ.2ส. (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 5.2 ร้อยละ 70 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในระดับพอใช้ขึ้นไป คำตอบ ทั้งข้อ 5.2.1 และ 5.2.2 ผ่าน (ร้อยละ 70 ขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์) (น้อยกว่าร้อยละ 70 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์) 5.2.1 พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของกลุ่มเด็กวัยเรียน หมายถึง กลุ่มเด็กวัยเรียนมีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีชีวิตแห่งชาติได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด 5.2.2 พฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของกลุ่มวัยทำงาน หมายถึง กลุ่มวัยทำงาน มีการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. (พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่) ได้อย่างถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด ข้อ 5.1.1 และ 5.2.1 ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขภาพวิถีชีวิตแห่งชาติ ข้อ 5.1.2 และ 5.2.2 ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15-59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ					
เกณฑ์เป้าหมาย : หมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งหมด 2,699/ 157 หมู่/ชุมชน รวมทั้งหมด 2,856 หมู่/ชุมชน					
ระดับ	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
(A)	(1,999)	(2,142)	(2,285)	(2,570)	(2,856)

วัตถุประสงค์	เสริมสร้างความเข้มแข็งของหมู่บ้าน/ ชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้าน/ชุมชน จำนวน 2,856 หมู่/ชุมชน			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลผลการประเมินตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ จากโปรแกรมตำบลจัดการสุขภาพ เว็บไซต์ www.thaiphc.net			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้น			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน เป้าหมาย ปี 2560			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน ที่มีการจัดการด้านสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้น = (A / B) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 : จำนวน 2,856 หมู่บ้าน/ ชุมชน				
ระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ระดับดีขึ้น	ร้อยละ 40 (1,142)	ร้อยละ 50 (1,428)	ร้อยละ 60 (1,714)	ร้อยละ 70 (1,999)
เงื่อนไขความสำเร็จ				
การประเมินตนเอง (Self-Assessment) แบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้องร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์การพัฒนาหมู่บ้าน/ชุมชน จัดการสุขภาพปีงบประมาณ 2559 และมีผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพระดับหมู่บ้าน/ชุมชนที่สามารถวัดผลการลดลงของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้				
วิธีการประเมินผล Ranking : โดยมีขั้นตอนดังนี้				
ขั้นตอนที่	กิจกรรมการดำเนินงาน			
1 คะแนน	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 1.2 มีการประชุมชี้แจงคณะทำงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมแต่งตั้งทีมเครือข่ายสุขภาพหมู่บ้าน (สรุปรายงานการประชุม) 1.3 มีข้อมูลพื้นฐานระดับหมู่บ้าน ข้อมูลสถานะสุขภาพ ข้อมูลปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ในการดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลกองทุนวิสาหกิจชุมชนที่เกี่ยวข้อง 1.4 มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ, อสม.นักจัดการสุขภาพชุมชน, อาสาสมัครประจำครอบครัว(อศค.), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (LTC)			

2 คะแนน	2.1 มีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ สรุปปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วน โดยเวทีประชุมประชาคมหมู่บ้าน (สรุปรายงานการประชุม) 2.2 มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ 2.3 มีแผนการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพระดับหมู่บ้าน ในเรื่องการจัดทำแผนสุขภาพหมู่บ้าน โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ค่ากลาง การจัดการสิ่งแวดล้อม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงาน หรืออื่นๆ ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 2.4 มีแผนการพัฒนาความรู้ อสม. ในเรื่องการดูแลสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนและวัยทำงาน ตลอดจนแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่	
3 คะแนน	3.1 มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่ตั้งไว้ ด้วยกระบวนการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 3.2 มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์กระบวนการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน ด้วยแบบประเมินตนเองหมู่บ้านจัดการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้น)	
4 คะแนน	4.1 มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่ตั้งไว้ พร้อมแนวทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานต่อไป 4.2 มีการบันทึกผลการประเมินตนเองหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมแนบไฟล์หลักฐานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ที่ www.thaiphc.net (ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานหมู่บ้านจัดการสุขภาพ ระดับดีขึ้น)	
5 คะแนน	5.1 มีบุคคล/ ทีมต้นแบบด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในหมู่บ้าน/ชุมชน 5.2 เป็นแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพให้กับหมู่บ้าน/ชุมชนอื่นๆ 5.3 มีระบบเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน 5.4 มีการกำหนดกติกาหรือข้อบังคับหรือมาตรการทางสังคมด้านสุขภาพ 5.5 ร้อยละ 70 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ขึ้นไป 5.6 ร้อยละ 70 ของประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในระดับพอใช้ขึ้นไป - โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ และ - ใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของกลุ่มวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี สำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 5.7 มีวิสาหกิจชุมชนก้าวหน้าในหมู่บ้าน/ชุมชน หรือไม่ (หากมี.... มีอะไรบ้าง.....)	

เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน 2. คู่มือวิทยากรพี่เลี้ยงการขับเคลื่อนหมู่บ้าน/ชุมชน จัดการสุขภาพ 3. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนหมู่บ้าน/ ชุมชน จัดการสุขภาพ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชนจัดการสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 94.85 (2,709)	ร้อยละ 96.99 (2,770)	ร้อยละ 96.74 (2,763)
หมายเหตุ : ใช้ชื่อตัวชี้วัดเดิมของปี 2559 แต่ปรับเกณฑ์การประเมิน					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวิจิต พุ่มจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน 2. นายสมบัติ ชัดโพธิ์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 0 4526 2692 ต่อ 1152				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 0 4526 2692 ต่อ 1152				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร 0 4526 2692 ต่อ 1152				

เป้าประสงค์ที่ G2	ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
ตัวชี้วัด I 6 (R8)	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป และมีหมู่บ้านผ่านเกณฑ์การจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างน้อย 1 หมู่บ้าน
คำนิยาม	ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ หมายถึง ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 4 กลุ่มวัย (ได้แก่ กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย วัยเรียน และวัยรุ่น วัยทำงาน และโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส) ที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องให้มีการบูรณาการ ในการค้นหาปัญหาสุขภาพ ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาและพัฒนาด้านสุขภาพร่วมกัน และมีมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ เต็มใจ มีจิตสำนึกสาธารณะที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ตลอดจนมีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส และการดูแลระยะยาวในชุมชน (Long Term Care) รวมทั้งมีการส่งเสริมกิจกรรมวิสาหกิจชุมชน โดยการลดรายจ่าย เพิ่มรายได้ เพื่อการพึ่งตนเองและรักษาสิ่งแวดล้อม ทั้งนี้เพื่อลดปัญหาและปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ โดยต้องผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีและยั่งยืน เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อใช้เป็นกรอบในการดำเนินงานและวัดผลสำเร็จของตำบลจัดการสุขภาพเพื่อเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี ระบบสุขภาพยั่งยืน ประกอบด้วย 5 ระดับ ดังนี้ 1) การพัฒนาทีมสุขภาพตำบล (ระดับพื้นฐาน) 1.1 มีองค์ประกอบเครือข่ายที่เข้าร่วมทีมสุขภาพตำบลจากหลายภาคส่วน 1.2 มีการสร้างและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล โดยกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกันและบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่ชัดเจน 1.3 มีการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพตำบล ในเรื่องการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ค่ากลาง หรืออื่นๆ ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 1.4 มีการพัฒนาความรู้ อสม. ในเรื่องการดูแลสุขภาพ 4 กลุ่มวัย ตลอดจนแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ 1.5 มีการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับทุนของวิสาหกิจชุมชน (เงิน/ทรัพยากรผลผลิต/ความรู้/ภูมิปัญญา/ทุนทางวัฒนธรรม/ทุนทางสังคม)

	2) การพัฒนาระบบการจัดทำแผนสุขภาพตำบล (ระดับพัฒนา) (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานครบทุกข้อ) 2.1 มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพและมีข้อมูลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2.2 มีการคืนข้อมูลสถานะสุขภาพเพื่อสร้างการรับรู้ และมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนสุขภาพตำบล 2.3 มีการร่วมกันจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้าร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน จัดทำโครงการ/กิจกรรม กำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อการแก้ไขปัญหาด้วยกระบวนการของชุมชน และมีการสื่อสาร แผนงาน/โครงการแก่ผู้เกี่ยวข้องรับรู้เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ 2.4 มีการระดมทรัพยากร ทุน และภูมิปัญญาท้องถิ่นจากในและนอกชุมชนมาใช้สนับสนุนโครงการและกิจกรรมที่กำหนดไว้ 2.5 มีการวิเคราะห์สถานการณ์เกี่ยวกับวิสาหกิจชุมชน (เงิน/ทรัพยากร/ผลผลิต/ความรู้/ภูมิปัญญา/ทุนทางวัฒนธรรม/ทุนทางสังคม) 3) การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ (ระดับดี) (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐานและระดับพัฒนาครบทุกข้อ) 3.1 มีชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (LTC) 3.2 มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 3.3 มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับตำบล 3.4 มีชุมชน/ท้องถิ่น /อสม.นักรจัดการสุขภาพชุมชน/อศค.เป็นพลังสำคัญขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบล การดูแลสุขภาพ 4 กลุ่มวัย และแก้ไขปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ รวมทั้งมีหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพระดับดีขึ้นไปอย่างน้อย ร้อยละ 70 3.5 มีการรวมตัวของกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 7 คนขึ้นไป เพื่อดำเนินการวิสาหกิจชุมชน(ผลิตสินค้า การให้บริการ หรืออื่นๆ) ☆ 3.6 หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อม (Active Community) อย่างน้อย 1 หมู่บ้าน 4) ตำบลมีระบบการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง (ระดับดีมาก)

	(ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา และระดับดี ครบทุกข้อ) 4.1 มีระบบการส่งเสริมสุขภาพและดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วม มีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) มีการดูแลตาม care plan อย่างต่อเนื่อง และมีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุนตำบล 4.2 มีข้อมูลที่เป็นจำเป็นเพื่อใช้ในการติดตามประเมินผล การบริหารจัดการ การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างสม่ำเสมอและรายงานความก้าวหน้าให้ชุมชนรับรู้อย่างต่อเนื่อง 4.3 มีการสรุปประเมินผล เพื่อปรับกระบวนการ/กิจกรรม/โครงการ 4.4 มีผลลัพธ์ของการพัฒนา เช่น จำนวนผู้สูงอายุได้รับการดูแลและบริการที่เหมาะสม พัฒนาการเด็กสมวัย อุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไข้เลือดออก มีแนวโน้มลดลงหรือไม่เพิ่มขึ้น 4.5 มีวิสาหกิจชุมชนพื้นฐาน (การดำเนินการเพื่อกิน เพื่อใช้ในชุมชน เพื่อให้ครอบครัวพึ่งตนเองได้ ลดรายจ่าย เพิ่มรายรับ) อย่างน้อย 2 แห่ง/ตำบล 5) ตำบลจัดการสุขภาพต้นแบบ (ระดับดีเยี่ยม) (ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับพื้นฐาน ระดับพัฒนา ระดับดี และระดับดีมาก ครบทุกข้อ) 5.1 มีวิทยากรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความเป็นครู หรือวิทยากรกระบวนการ วิทยากรต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีศูนย์เรียนรู้สุขภาพชุมชน เช่น โรงเรียนนวัตกรรมการสุขภาพชุมชน โรงเรียน อสม. ที่มีหลักสูตรเป็นไปตามความต้องการของชุมชน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน 5.2 มีการสรุปบทเรียนการพัฒนา การจัดการความรู้ และนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ 5.3 มีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ การพัฒนาระหว่างชุมชนหรือตำบลอื่นๆ อย่างกว้างขวาง 5.4 มีผลกระทบของการพัฒนาทำให้ปัญหาสุขภาพ 4 กลุ่มวัย และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ลดลง 5.5 มีวิสาหกิจชุมชนก้าวหน้า (การนำผลิตภัณฑ์ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน ผลผลิตที่เหลือกิน เหลือใช้ในชุมชน เข้าสู่ตลาดบริโภคโดยปรับปรุง

	คุณภาพผลผลิต หีบห่อ การจัดการด้านการตลาดเพื่อให้สามารถแข่งขันได้) อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง				
เกณฑ์เป้าหมาย : ตำบลทั้งหมด 219 ตำบล					
ระดับ	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	ร้อยละ 100
(A)	(153)	(164)	(175)	(197)	(219)
วัตถุประสงค์		เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ 4 กลุ่มวัย			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ตำบลเป้าหมาย จำนวน 219 ตำบล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		เก็บข้อมูลผลการประเมินตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ จากโปรแกรมตำบลจัดการสุขภาพ เว็บไซต์ www.thaiphc.net			
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนตำบลเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับดีขึ้นไป			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนตำบลเป้าหมาย ปี 2560			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการที่มีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐานระดับดีขึ้นไป = (A / B) X 100			
ระยะเวลาประเมินผล		ปีละ 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 : 219 ตำบล					
ระดับ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ระดับดีขึ้นไป	ร้อยละ 40 (88)	ร้อยละ 50 (110)	ร้อยละ 60 (131)	ร้อยละ 70 (153)	
เงื่อนไขความสำเร็จ :		1. การประเมินตนเอง (self-Assessment) แบบมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) โดยใช้เกณฑ์การพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 4 กลุ่มวัย ปีงบประมาณ 2560 และมีผลลัพธ์การพัฒนาสุขภาพระดับตำบลที่สามารถวัดผลการลดลงของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ และบันทึกผลการประเมินตนเองที่ www.thaiphc.net พร้อมแนบไฟล์หลักฐานประกอบผลการดำเนินงาน 2. ประเมินรับรองการดำเนินงานโดยอำเภอ บูรณาการร่วมกับตำบลจัดการสุขภาพ 3. จังหวัดประเมินรับรองระดับจังหวัด			

วิธีการประเมินผล Ranking

ขั้นตอนละ 1 คะแนน

ขั้นตอนที่	กิจกรรมการดำเนินงาน
1	1.1 มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ตามเกณฑ์มาตรฐาน 1.2 มีการประชุมชี้แจงคณะทำงานและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง พร้อมแต่งตั้งทีมเครือข่ายสุขภาพตำบล (สรุปรายงานการประชุม) 1.3 มีข้อมูลพื้นฐานระดับตำบล ข้อมูลสถานะสุขภาพ ข้อมูลปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย ในการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 4 กลุ่มวัย ตามเกณฑ์มาตรฐาน (ได้แก่กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัย, วัยเรียนและวัยรุ่น, วัยทำงาน และโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส) รวมทั้งข้อมูลกองทุนวิสาหกิจชุมชนที่เกี่ยวข้อง 1.4 มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมาย อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชน, อาสาสมัครประจำครอบครัว(อสค.), ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระดับตำบล(Care manager), ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ(LTC) 1.5 มีข้อมูลเป้าหมาย การดำเนินงานหมู่บ้านจัดการสิ่งแวดล้อม(Active Community) อย่างน้อยตำบลละ 1 หมู่บ้าน
2	2.1 มีการประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ สรุปปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ ด้วยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายสุขภาพทุกภาคส่วน (สรุปรายงานการประชุม) 2.2 มีแผนงานโครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพ สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ 2.3 มีแผนการพัฒนาศักยภาพทีมสุขภาพตำบล ในเรื่องการจัดทำแผนสุขภาพตำบล โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ ค่ากลาง การจัดการและดูแลสุขภาพ 4 กลุ่มวัย หรืออื่นๆ ด้วยกระบวนการจัดทำแผนอย่างมีส่วนร่วม และประเมินหมู่บ้านจัดการสุขภาพ 2.4 มีแผนการพัฒนาคะบวนกร อสม. ในเรื่องการจัดการดูแลสุขภาพ 4 กลุ่มวัย ตลอดจนแก้ไขปัญาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่
3	3.1 มีการดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่ตั้งไว้ 3.2 มีการประเมินตนเองตามเกณฑ์พัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน ด้วยแบบประเมินตนเองตำบลจัดการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพ)

4	4.1 มีการสรุปผลการดำเนินงานตามแผนงานโครงการที่ตั้งไว้ พร้อมแนวทางแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานต่อไป 4.2 มีการบันทึกผลการประเมินตนเองตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ ตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมแนบไฟล์หลักฐานผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง ที่ www.thaiphc.net (ผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลจัดการสุขภาพ ระดับดีขึ้นไป)																
5	5.1 มีวิทยากรชุมชนที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพความเป็นครู หรือวิทยากรกระบวนการ วิทยากรต้นแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และมีศูนย์เรียนรู้สุขภาพชุมชน เช่น โรงเรียนนวัตกรรมการสุขภาพชุมชน โรงเรียน อสม. ที่มีหลักสูตรเป็นไปตามความต้องการของชุมชน รวมทั้งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในชุมชนและระหว่างชุมชน 5.2 มีการสรุปบทเรียนการพัฒนา การจัดการความรู้ และนวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่นำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ 5.3 มีการสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ การพัฒนาระหว่างชุมชนหรือตำบลอื่นๆ อย่างกว้างขวาง 5.4 มีผลกระทบของการพัฒนาทำให้ปัญหาสุขภาพ4 กลุ่มวัย และปัญหาสุขภาพตามบริบทของพื้นที่ลดลง 5.5 มีวิสาหกิจชุมชนก้าวหน้า (การนำผลิตภัณฑ์ที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน ผลผลิตที่เหลือกินเหลือใช้ในชุมชน เข้าสู่ตลาดบริโภคโดยปรับปรุงคุณภาพผลผลิต หีบห่อ การจัดการด้านการตลาดเพื่อให้สามารถแข่งขันได้) อย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง																
<table><tr><td rowspan="3">รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน</td><td>Baseline data</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td></td><td></td><td>2557</td><td>2558</td><td>2559</td></tr><tr><td>ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ</td><td>ร้อยละ</td><td>-</td><td>-</td><td>ร้อยละ 12 (26 ตำบล)</td></tr></table> หมายเหตุ : ใช้ชื่อตัวชี้วัดเดิมของปี 2559 แต่ปรับเกณฑ์การประเมิน จึงไม่มี Baseline data		รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2557	2558	2559	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 12 (26 ตำบล)
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.													
				2557	2558	2559											
	ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ	ร้อยละ	-	-	ร้อยละ 12 (26 ตำบล)												
<table><tr><td rowspan="4">ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</td><td>1. นายวิจิต พุ่มจันทร์</td></tr><tr><td>หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน</td></tr><tr><td>2. นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย</td></tr><tr><td>3. นายสมบัติ ชัดโพธิ์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน</td></tr><tr><td colspan="2">โทร.สำนักงาน 045-262-692</td></tr></table>		ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวิจิต พุ่มจันทร์	หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน	2. นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	3. นายสมบัติ ชัดโพธิ์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน	โทร.สำนักงาน 045-262-692										
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายวิจิต พุ่มจันทร์																
	หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน																
	2. นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย																
	3. นายสมบัติ ชัดโพธิ์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน																
โทร.สำนักงาน 045-262-692																	

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน, กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร.สำนักงาน 045-262-692

เป้าประสงค์ G2	ประชาชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้
ตัวชี้วัด 1.7 (PA , ตร.)	ร้อยละของตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน
คำนิยาม	มีตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงาน ตามองค์ประกอบ 7 ข้อ ดังนี้ 1. มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2. มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3. มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4. มีบริการการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care)จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 5. มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล 6. มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน กลุ่มติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชน มีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) 7. มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนหรือคณะกรรมการกองทุนตำบล หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์หมายถึงผ่านองค์ประกอบทุกข้อ ● ชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ชมรมผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่ตำบล Long Term Care และผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ● มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพในระดับตำบล หมายถึง มีการจัดบริการป้องกันโรคในช่องปากตามชุดสิทธิประโยชน์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือ สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยแกนนำชมรมผู้สูงอายุหรือ อสม.

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว จากหน่วยบริการปฐมภูมิและโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนและท้องถิ่น 2. ลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ ความแออัดในสถานพยาบาล ตลอดจนสนับสนุน และพัฒนาอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุควบคู่ไปกับการพัฒนาทีมหมอครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชน 3. เสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1) ผู้สูงอายุทุกคนในจังหวัดอุบลราชธานี 2) ดำเนินการทุกอำเภอ ทั้งจังหวัดอุบลราชธานี 3) ตำบลทั้งจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 219 ตำบล			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รายงานทางหนังสือราชการ หรือส่งข้อมูลผ่านผู้รับผิดชอบงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รายงานตามระบบหนังสือราชการ ตามรอบรายงาน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน 3) รายงานผ่านเว็บไซต์ รับ-ส่ง งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
แหล่งข้อมูล	1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาลชุมชน 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด			
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ผ่านเกณฑ์			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนตำบลที่ผ่านเกณฑ์ B = จำนวนตำบลทั้งหมดที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care
ระยะเวลาประเมินผล	1. ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์ - ปีละ 2 ครั้ง โดยทีมนิเทศงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 : ร้อยละตำบลที่มีระบบส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสและการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
30	35	40	50

มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

1. มีกลไกที่เข้มแข็งในระดับอำเภอ ตำบล และ รพ.สต.
2. Building Capacity ที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ ในกลุ่ม Care Manager และ Caregiver
3. มีแผนการดูแล (Care Plan) ที่มีคุณภาพ และมีกลไกการเงิน มาสนับสนุนแผนการดูแล (Care Plan) อย่างเพียงพอ

Small Success :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1) มีคณะทำงาน/คณะอนุกรรมการ และมี การประชุมพัฒนาระบบบริการการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 2) ประชุมชี้แจงการดำเนินงานจากนโยบายสู่การปฏิบัติร่วมกับภาคีเครือข่าย 3) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอร่วมกับเครือข่าย	1) ประชุมพัฒนาศักยภาพบุคลากรในระดับอำเภอ และภาคีเครือข่าย 2) อบรมฟื้นฟูทักษะและศักยภาพของ CM ในระดับอำเภอ 3) พัฒนาทีมประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ 4) มี Care Manager ผ่านการอบรม เพียงพอ ทุกสถานบริการที่เข้าร่วม	1) มีระบบฐานข้อมูล การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ 2) มี Care Manager ผ่านการอบรม 3) มี Caregiver ผ่านการอบรม 4) ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ร้อยละ 60 – 79 5) มีการประชุม	1) มี Care Manager ผ่านการอบรมครบทุกสถานบริการที่เข้าร่วมโครงการ LTC 2) มี Caregiver ผ่านการอบรมครอบคลุมอัตราผู้สูงอายุพึ่งพิง 1:10 3) ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและจัดทำแผนการดูแล

อปท. คัดเลือกพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน 4) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอคัดเลือกบุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมอบรม Care manager และ DHS ดำเนินการจัดอบรม Caregiver	โครงการ 5) Care Giver ผ่านการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมอัตราส่วน 1:10 สำหรับการดูแล 6) ผู้สูงอายุได้รับการประเมินและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ร้อยละ 30 – 59 7) มีตำบล Long Term Care ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 35 8) มีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน 9) มีการเยี่ยมเสริมพลัง / M&E	คณะกรรมการ/คณะทำงาน 6) มีการเยี่ยมเสริมพลังและ M&E 7) มีตำบล Long Term Care ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 40	รายบุคคล ร้อยละ 80 – 100 4) มีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน 5) มีการเยี่ยมเสริมพลังและ M&E 6) มีตำบล Long Term Care ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :	1) พื้นที่ประเมินตนเอง (self-Assessment) และรายงาน สสอ. 2) สสอ.ประเมิน และรายงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประเมินและรายงานศูนย์อนามัย/ส่วนกลาง		
เอกสารสนับสนุน :	1) คู่มือแนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบล Long Term Care 2) คู่มือกลยุทธ์การดำเนินงานตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวกับตำบลต้นแบบ 3) คู่มือแนวทางการประเมิน ADL 4) คู่มือการประเมินผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง 5) แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน		

	6) คู่มือวิทยากรพี่เลี้ยงการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ 7) คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนตำบลจัดการสุขภาพ Long Term Care แบบบูรณาการ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์	ร้อยละ	11.87	25.11	36.98
	ร้อยละของตำบลเป้าหมายมีการจัดการด้านสุขภาพแบบบูรณาการตามเกณฑ์มาตรฐาน	ร้อยละ	-	-	11.87 (26 ตำบล)
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	ค่าคะแนน	ความหมาย/ ตัวชี้วัด			
	1 คะแนน	ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 20.00			
	2 คะแนน	ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 20.01-30.00			
	3 คะแนน	ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 30.01-40.00			
	4 คะแนน	ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 40.01-50.00			
	5 คะแนน	ตำบลที่มีระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ผ่านเกณฑ์มากกว่าร้อยละ 50.00			

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 081-965-5169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com 2. นางกุลชาธานันต์ พลินรัชต์ธนะเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 095-610-8985 โทรสาร : 045-241918 E-mail : kut_25@hotmail.co.th 3. นางรุ่งรัตน์ อาลัยเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 088-5951755 โทรสาร : 045-241918 E-mail : palakai_rung@windowslive.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นางกุลชาธานันต์ พลินรัชต์ธนะเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 095-610-8985 โทรสาร : 045-241918 E-mail : kut_25@hotmail.co.th 2. นางรุ่งรัตน์ อาลัยเวช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 088-5951755 โทรสาร : 045-241918 E-mail : palakai_rung@windowslive.com

เป้าประสงค์ที่ G3	หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน				
ตัวชี้วัด 18 (R9)	ร้อยละหน่วยบริหารที่ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ PMQA				
คำนิยาม	หน่วยงานบริหารในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ .ศ.2558 (Public Sector Management Quality Award: PMQA) หมายถึง เกณฑ์ที่ส่วนราชการนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการตรวจสอบทุกภาคส่วนของระบบบริหารงาน การพัฒนาปรับปรุง กระบวนการและผลลัพธ์ โดยตระหนักถึงคุณค่าที่ส่งมอบแก่ผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มเกณฑ์ PMQA เป็นชุดของคำถามเกี่ยวกับเรื่องสำคัญ 7 ด้านในการบริหารและดำเนินงานของส่วนราชการได้แก่ 1. การนำองค์การ 2. การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ 3. การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 4. การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ 5. การมุ่งเน้นบุคลากร 6. การมุ่งเน้นระบบปฏิบัติการ 7. ผลลัพธ์การดำเนินการ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ระดับ 3		ระดับ 4	ระดับ 5	ระดับ 5	ระดับ 5
วัตถุประสงค์	1. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของของส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดีพ.ศ.2546 2. เพื่อให้ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) พ.ศ.2558 3. เพื่อให้ส่วนราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขคัดเลือกหมวดที่มีผลงานโดดเด่น ส่งสมัครรับรางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐรายหมวด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รูปเล่มรายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐาน				

แหล่งข้อมูล	สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ/ กลุ่มพัฒนาระบบบริหารทุกกรมในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ระดับ 3 ขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสาธารณสุขอำเภอทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- สสอ.ประเมินตนเอง ตามผ่านเกณฑ์ FL ทุกหมวด ร้อยละ 80 ขึ้นไป - จัดทำแผน OFI เพื่อ พัฒนาส่วนขาดรายหมวด ที่ไม่ผ่านเกณฑ์	- สสอ.ทบทวนและจัดทำ รายงานลักษณะสำคัญ ขององค์กร (หมวด P) ได้แล้วเสร็จ - เขียนรายงานหมวด 1-6 และคัดเลือกนวัตกรรม โดดเด่นรายหมวด อย่างน้อย 1 หมวด	- คัดเลือกนวัตกรรมโดดเด่น รายหมวด อย่างน้อย 2 หมวด	สสอ.ส่งเอกสาร Application Report ฉบับสมบูรณ์ให้ สสจ. ภายในเวลาที่กำหนด

เงื่อนไข: ใช้ผลการพิจารณาตัดสินรางวัล PMQA จากคณะกรรมการ PMQA ระดับกระทรวงและระดับเขต ปีละ 1 ครั้ง ช่วงเดือนสิงหาคม

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการตามขั้นตอนครบ 5 ระดับ			ร้อยละ 40

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการตามขั้นตอนครบ 5 ระดับ			ร้อยละ 60

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการตามขั้นตอนครบ 5 ระดับ			ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ดำเนินการตามขั้นตอนครบ 5 ระดับ			ร้อยละ 100

วิธีการประเมินผล :Ranking

ระดับคะแนน	กิจกรรมดำเนินงาน
1คะแนน	อำเภอประเมินตนเองตาม FL รายหมวดและผลการประเมินผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปบางหมวดจัดทำแผน OFI เพื่อพัฒนาส่วนขาดรายหมวดที่ไม่ผ่านเกณฑ์
2คะแนน	อำเภอประเมินตนเองตาม FL รายหมวดและผลการประเมินผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกหมวดจัดทำแผน OFI เพื่อพัฒนาส่วนขาดรายหมวดให้สมบูรณ์เขียนรายงานหมวดนำองค์กรครบถ้วนตามเกณฑ์
3คะแนน	อำเภอประเมินตนเองตาม FL รายหมวดและผลการประเมินผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกหมวดจัดทำแผน OFI เพื่อพัฒนาส่วนขาดรายหมวดให้สมบูรณ์เขียนรายงานหมวดนำองค์กรครบถ้วนตามเกณฑ์และเขียนรายงาน หมวด 1-6และคัดเลือกนวัตกรรมโดดเด่นรายหมวด อย่างน้อย 1 หมวด
4คะแนน	อำเภอประเมินตนเองตาม FL รายหมวดและผลการประเมินผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกหมวดจัดทำแผน OFI เพื่อพัฒนาส่วนขาดรายหมวดให้สมบูรณ์เขียนรายงานหมวดนำองค์กรครบถ้วนตามเกณฑ์และเขียนรายงาน หมวด 1-6และคัดเลือกนวัตกรรมโดดเด่นรายหมวด อย่างน้อย 2 หมวด
5คะแนน	อำเภอประเมินตนเองตาม FL รายหมวดและผลการประเมินผ่านร้อยละ 80 ขึ้นไปทุกหมวดจัดทำแผน OFI เพื่อพัฒนาส่วนขาดรายหมวดให้สมบูรณ์เขียนรายงานหมวดนำองค์กรครบถ้วนตามเกณฑ์และเขียนรายงาน หมวด 1-7 และคัดเลือกนวัตกรรมโดดเด่นรายหมวด อย่างน้อย 2 หมวด

เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.2558 สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ตัวชี้วัดใหม่				
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านเกณฑ์คุณภาพ (PMQA) รายหมวด	ร้อยละ	80	90	100
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-9316079 E-mail : Thidarat.b@hotmail.co.th				
	2. นางสาวภรณ์อุตมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-8449962				

เป้าประสงค์ที่ G3	หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน
ตัวชี้วัด I 9 (R10)	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (HA) -โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป -โรงพยาบาลชุมชน
คำนิยาม	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาล ทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข 1. โรงพยาบาลศูนย์ หมายถึง โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี 2. โรงพยาบาลทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม, โรงพยาบาล ๕๐ พรรษามหาวชิราลงกรณ และโรงพยาบาลวารินชำราบ 3. โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลเขื่องใน, โรงพยาบาลม่วงสามสิบ, โรงพยาบาลดอนมดแดง, โรงพยาบาลตาลสุม, โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก, โรงพยาบาล ตระการพืชผล, โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่, โรงพยาบาลเขมราฐ, โรงพยาบาลกุดข้าวปุ้น,

	โรงพยาบาลโพธิ์ไทร, โรงพยาบาลนาตาล, โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร, โรงพยาบาลโขงเจียม, โรงพยาบาลสิรินธร, โรงพยาบาลสำโรง, โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์, โรงพยาบาลนาเยีย, โรงพยาบาลน้ำยืน, โรงพยาบาลนาจะหลวย, โรงพยาบาลบุณฑริก, โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม, โรงพยาบาลน้ำขุ่น 4. การรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA) หมายถึง การรับรองคุณภาพโรงพยาบาลโดยผ่านการประเมินจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) 5. โรงพยาบาลที่ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(HA) หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน HA และผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพหรือได้รับการรับรองจาก สรพ. 6. กระบวนการรับรอง HA มี 3 ขั้น ดังนี้ 6.1 ขั้นที่ 1 หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำปัญหามาทบทวนเพื่อแก้ไข ป้องกันความเสี่ยง และมีแนวทางการปฏิบัติเพื่อป้องกันปัญหาป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น 6.2 ขั้นที่ 2 หมายถึง โรงพยาบาลมีการวางระบบในเชิงรุก มีการวิเคราะห์เป้าหมายและกระบวนการ,มีการพัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย (CQI/QA) 6.3 ขั้นที่3(ผ่าน HA) หมายถึง โรงพยาบาลมีการประเมินระดับการปฏิบัติตามมาตรฐาน HA, มีมาตรฐาน HA ครบถ้วน , มีการสังเคราะห์งานเพื่อให้งานเกิดการ พัฒนา และมีการเชื่อมโยงกระบวนการทำงานทั้งระบบงาน																																						
เกณฑ์การประเมิน																																							
		<table><tr><th rowspan="2">ระดับโรงพยาบาล</th><th rowspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย</th><th colspan="5">ค่าเป้าหมาย</th></tr><tr><th>ปี2560</th><th>ปี2561</th><th>ปี2562</th><th>ปี2563</th><th>ปี2564</th></tr><tr><td>โรงพยาบาลศูนย์</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>โรงพยาบาลทั่วไป</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td><td>100</td></tr><tr><td>โรงพยาบาลชุมชน</td><td>80</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td><td>100</td></tr></table>					ระดับโรงพยาบาล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย					ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564	โรงพยาบาลศูนย์	100	100	100	100	100	100	โรงพยาบาลทั่วไป	100	100	100	100	100	100	โรงพยาบาลชุมชน	80	80	85	90	95	100
ระดับโรงพยาบาล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย																																					
		ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564																																	
โรงพยาบาลศูนย์	100	100	100	100	100	100																																	
โรงพยาบาลทั่วไป	100	100	100	100	100	100																																	
โรงพยาบาลชุมชน	80	80	85	90	95	100																																	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้โรงพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานบริการตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ																																						

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง, โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 3 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 22 แห่ง (รพช.จำนวน 22 แห่ง พบว่ามี รพ.ชุมชนเปิดใหม่ จำนวน 5 แห่ง)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)
แหล่งข้อมูล	จากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)
รายการข้อมูล 1	A :จำนวนโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีผลการรับรองชั้น3
รายการข้อมูล 2	B :จำนวนโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 3	C :จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น3
รายการข้อมูล 4	D :จำนวนโรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 5	E :จำนวนโรงพยาบาลชุมชนสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีผลการรับรองชั้น3
รายการข้อมูล 6	F :จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมดสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณ	1. $(A/B) \times 100$ 2. $(C/D) \times 100$ 3. $(E/F) \times 100$
เกณฑ์การประเมิน	คณะกรรมการประเมินงานมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA) จาก สรพ.
แนวทางการประเมิน	ผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนน
วิธีการประเมินผล (Ranking)	เกณฑ์การให้คะแนน Ranking

ระดับ รพ.	ระดับคะแนน Ranking				
	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
รพ.ศูนย์/ รพ.ทั่วไป และ รพ.ชุมชน	1. มีกิจกรรม คุณภาพ พื้นฐาน 5ส. 2. มีการตั้งทีม ทำงานคุณภาพ 3. มีการแก้ไข เมื่อเกิดปัญหา ขึ้น 4. มีผลลัพธ์ ไม่น่าพอใจ 5. รพ. ที่เริ่มเข้า ร่วมกระบวนการ งานคุณภาพ กับ สรพ.	1. มีการสื่อสาร ชี้แจงเพื่อนำไป ปฏิบัติ 2. มีการ ออกแบบ กระบวนการ เหมาะสม 3. มีผลลัพธ์ ไม่น่าพอใจ 4. รพ. ที่ผ่านการ รับรองมาตรฐาน คุณภาพ รพ. ขั้นที่ 1	1. มีการ ดำเนินงานที่ บรรลุเป้าหมายที่ กำหนด 2. มีการ ปฏิบัติงานที่ ครอบคลุม ถูกต้อง 3. มีกิจกรรม กระบวนการ ที่สอดคล้องกับ บริบท 4. มีผลลัพธ์ อยู่ในระดับ คะแนนเฉลี่ย มาตรฐาน 5. รพ. ที่ผ่านการ รับรองมาตรฐาน คุณภาพ รพ. ขั้นที่ 2	1. มีการ ปรับปรุงระบบ แบบบูรณาการ สู่การเกิด นวัตกรรม 2. มีการ ประเมินผล อย่างเป็นระบบ 3. มีผลลัพธ์ใน ระดับที่ดีกว่า เกณฑ์ค่าเฉลี่ย 4. รพ. ที่ผ่าน การรับรอง มาตรฐาน คุณภาพขั้น 3 (HA)	1. มีแบบอย่างที่ดี ของการปฏิบัติงาน 2. มีผลลัพธ์ที่เป็น เลิศ (Excellence) 3. รพ. ที่ผ่าน รับรองมาตรฐาน คุณภาพ HA อย่างต่อเนื่อง (Re-accreditation)
เอกสารสนับสนุน		หนังสือมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติ ฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี จาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)			

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด (แห่ง)	ผลการดำเนินงาน(ปี)		
			2557	2558	2559
	รพ.ศูนย์ได้แก่ รพ.สรรพสิทธิประสงค์	1 แห่ง	100.00	100.00	100.00
	รพ.ทั่วไป ได้แก่ รพ.๕๐ พรรษาฯ,รพ.วารินฯ และ รพ.สมเด็จพระยุพราช เดชอุดม	3 แห่ง	66.00	100.00	100.00
	รพ.ชุมชน	22 แห่ง	63.63 (14 แห่ง)	72.72 (16 แห่ง)	72.72 (16 แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ 1 : นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล เบอร์โทรศัพท์มือถือ: 085-419-2898E-mail : keng295@hotmail.com ผู้รับผิดชอบ 2 : นางสุภาภรณ์ อุตมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 089-844-9962				

เป้าประสงค์ที่ G3	หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน				
ตัวชี้วัด I 10 (R11)	ร้อยละของสถานบริการสุขภาพในจังหวัดที่ระบบบริการพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ				
คำนิยาม	สถานบริการสุขภาพที่ระบบบริการพยาบาลมีคุณภาพตามเกณฑ์ หมายถึง สถานบริการสุขภาพที่มีการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ประกอบด้วย 1.การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามภารกิจรับผิดชอบ (Function based) ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 2.การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามตามยุทธศาสตร์บริการพยาบาล (Agenda based)ผ่านเกณฑ์คุณภาพ สถานบริการสุขภาพ หมายถึง สถานบริการสุขภาพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้แก่รพศ./ รพท./ รพช.				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
	ของสถานบริการทั้งหมด	ของสถานบริการทั้งหมด	ของสถานบริการทั้งหมด	ของสถานบริการทั้งหมด	ของสถานบริการทั้งหมด
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการพัฒนาและประเมินคุณภาพของสถานบริการสุขภาพให้มีการพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้ได้คุณภาพตามเกณฑ์				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	องค์กรพยาบาลรพศ./ รพท./ รพช.ในจังหวัด จำนวน 26 แห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. องค์กรพยาบาลประเมินตนเองและจัดทำแผนพัฒนาตามส่วนขาด 2. รวบรวมผลการประเมินในภาพรวมส่งให้ CNO_ P จังหวัด 3. ทีมประเมินภายนอกออกประเมินตามมาตรฐาน รวบรวมผลการประเมินในภาพรวมส่งให้ CNO_ P จังหวัด 4. CNO_ P ส่งจำนวนองค์กรพยาบาล ตามข้อ 3 ให้กับ CNO_R เพื่อวิเคราะห์ส่งรายงานพร้อมแผนพัฒนาในภาพรวมทั้งจังหวัดและเขตให้กับสำนักการพยาบาล				
แหล่งข้อมูล	ผลการประเมินตนเอง และผลการนิเทศระดับอำเภอ/จังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวน รพศ./รพท./รพช. ในจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพศ./รพท./รพช.ในจังหวัด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				

ระยะเวลาประเมินผล		ทุก 6 เดือน	
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลของแต่ละงานบริการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล	มีแผนดำเนินงานพัฒนาบริการพยาบาลของแต่ละงาน และดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์	รับการประเมินจากทีมประเมินภายนอก รวบรวมผลการดำเนินงานบริการพยาบาลตามเกณฑ์สำนักงานการพยาบาล	สถานบริการสุขภาพในจังหวัดมีระบบบริการพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ร้อยละ 70 และ มี Good Practice
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลของแต่ละงานบริการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล	มีแผนดำเนินงานพัฒนาบริการพยาบาลของแต่ละงาน และดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์	รับการประเมินจากทีมประเมินภายนอก รวบรวมผลการดำเนินงานบริการพยาบาลตามเกณฑ์สำนักงานการพยาบาล	สถานบริการสุขภาพในจังหวัดมีระบบบริการพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ร้อยละ 75 และมี Good Practice แห่งละ 1 เรื่อง
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลของแต่ละงานบริการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล	มีแผนดำเนินงานพัฒนาบริการพยาบาลของแต่ละงาน และดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์	รับการประเมินจากทีมประเมินภายนอก รวบรวมผลการดำเนินงานบริการพยาบาลตามเกณฑ์สำนักงานการพยาบาล	สถานบริการสุขภาพในจังหวัดมีระบบบริการพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ร้อยละ 80 และมี Beast Practice แห่งละ 1 เรื่อง

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลของแต่ละงาน บริการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล	มีแผนดำเนินงานพัฒนาบริการพยาบาลของแต่ละงาน และดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์	รับการประเมินจากทีมประเมินภายนอก รวบรวมผลการดำเนินงานบริการพยาบาลตามเกณฑ์สำนักงานการพยาบาล	สถานบริการสุขภาพในจังหวัดมีระบบบริการพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ร้อยละ 85 และมี Best Practice แห่งละ 1 เรื่อง

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการพยาบาลของแต่ละงาน บริการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาล	มีแผนดำเนินงานพัฒนาบริการพยาบาลของแต่ละงาน และดำเนินการพัฒนาคุณภาพตามเกณฑ์	รับการประเมินจากทีมประเมินภายนอก รวบรวมผลการดำเนินงานบริการพยาบาลตามเกณฑ์สำนักงานการพยาบาล	สถานบริการสุขภาพในจังหวัดมีระบบบริการพยาบาล ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ ร้อยละ 90 และมี Best Practice แห่งละ 2 เรื่อง

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking :

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
มีการประเมินตนเองโดยใช้แบบประเมินคุณภาพการบริการพยาบาลของสำนักงานการพยาบาลและวิเคราะห์ส่วนขาด	มีแผนและพัฒนาพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลตามส่วนขาด	ส่งเอกสารสรุปรายงานการประเมินตนเอง (Application Report) เพื่อขอประเมินจากทีมประเมินระดับอำเภอและจังหวัด	รายงานผลการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลปี 2560 (Function based, Agenda based)	สถานบริการสุขภาพ มีระบบบริการพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ และมี Good Practice 1 เรื่อง

วิธีการประเมินผล :

รายงานการประเมินจากผู้ประเมินระดับอำเภอ/จังหวัด

เอกสารสนับสนุน :

- 1.หนังสือมาตรฐานบริการพยาบาล
- 2.หนังสือการประกันคุณภาพการพยาบาล: การประเมินคุณภาพแต่ละหน่วยงาน
- 3.เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการสร้างความเข้มแข็งเครือข่าย

	ผู้บริหารการพยาบาล
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาววีระสุตา สวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244803 โทรศัพท์มือถือ : 086-5843020 โทรสาร : 045-244803 E-mail : jawjom@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสุภาภรณ์ อดุมัง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพ และรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244803 โทรศัพท์มือถือ : 089-8449962 โทรสาร : 045-244803 E-mail : tunsupa48@hotmail.com

เป้าประสงค์ที่ G3	หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน
ตัวชี้วัด I 11 (R12)	ห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข (งานเทคนิคการแพทย์) โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรับรอง คุณภาพมาตรฐาน

คำนิยาม	ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุข หมายถึง ห้องปฏิบัติการ ชั้นสูงตรสาธารณสุขของ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนที่ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระดับความสามารถ ตรวจวิเคราะห์แปลผลสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และเชื่อถือได้ มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ หมายถึง ผ่านมาตรฐาน ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ของกรมวิทยาศาสตร์ หรือมาตรฐานจากสภาเทคนิค การแพทย์(LA) หรือ มาตรฐานISO15189 โดยกำหนดให้ผ่านมาตรฐานใด มาตรฐานหนึ่ง

เกณฑ์เป้าหมาย	ระดับโรงพยาบาล	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย				
			ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564
	รพศ./รพท./รพช.	100	100	100	100	100	100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐาน 2. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง, โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 22 แห่ง รวม 26 แห่ง						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. คณะกรรมการระดับจังหวัดดำเนินการประเมินคุณภาพเบื้องต้น และจัดส่งสรุปผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2. คณะกรรมการตรวจประเมินภายนอก(External Surveyor) ตรวจประเมินและรับรองคุณภาพ						
แหล่งข้อมูล	1. ผลการประเมินผลของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2. ผลการประเมินจากคณะกรรมการตรวจประเมินภายนอก(External Surveyor)						
รายการข้อมูล 1	A :จำนวนห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน						
รายการข้อมูล 2	B :จำนวนห้องปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งหมด ในจังหวัดอุบลราชธานี						
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$						
เกณฑ์การประเมิน	จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ,สภาเทคนิคการแพทย์,หรือ ISO 15189						
แนวทางการประเมิน	ผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนน						

วิธีการประเมินผล		เกณฑ์การให้คะแนนRanking																
ระดับ รพ.	ระดับคะแนน Ranking																	
	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน													
รพ.ศูนย์/ รพ.ทั่วไป และ รพ.ชุมชน	- มีผลการ ประเมินตนเอง (Self - Assessment)	- มีผลการตรวจ ประเมินตนเอง -มีการจัดทำ แผนพัฒนา ตามส่วนขาด (Gap analysis)	- มีผลการตรวจ ประเมินคุณภาพ จาก คณะกรรมการ ระดับจังหวัด หรือ คณะกรรมการ ตรวจประเมิน ภายนอก โดยจะต้องผ่าน เกณฑ์ The must ทุกข้อ และมี คะแนนรวม ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80	- มีการพัฒนา ส่วนขาด (Gap analysis) ของงาน ห้องปฏิบัติการที่ สอดคล้องกับ มาตรฐานที่ กำหนด	- ผ่านมาตรฐาน คุณภาพรังสี วินิจฉัย LA, ISO 15189, กรมวิทยาศาสตร์ การแพทย์ มาตรฐานใด มาตรฐานหนึ่ง													
เอกสารสนับสนุน		1. มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2. มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ ISO 15189 3.มาตรฐานห้องปฏิบัติการทางการแพทย์ สมาเทคนิการแพทย์																
รายละเอียด ข้อมูลพื้นฐาน		<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด (แห่ง)</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน(ปี)</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>รพศ./รพท./รพช.</td><td>26 แห่ง</td><td>53.85</td><td>52.00</td><td>100.00</td></tr></table>				Baseline data	หน่วยวัด (แห่ง)	ผลการดำเนินงาน(ปี)			2557	2558	2559	รพศ./รพท./รพช.	26 แห่ง	53.85	52.00	100.00
Baseline data	หน่วยวัด (แห่ง)	ผลการดำเนินงาน(ปี)																
		2557	2558	2559														
รพศ./รพท./รพช.	26 แห่ง	53.85	52.00	100.00														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นางสาวอรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุลกลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ																

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ 1 : นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 E-mail : keng295@hotmail.com ผู้รับผิดชอบ 2 : นางสุภาภรณ์ อดุมัง หัวหน้า กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-844-9962

เป้าประสงค์ที่ G3	หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน																			
ตัวชี้วัด 1.12	ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย (งานรังสีวินิจฉัย) ของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน ได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน (RA)																			
คำนิยาม	ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย หมายถึง ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน ที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีระดับความสามารถตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยด้วยรังสีวิทยาที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน และเชื่อถือได้มาตรฐานห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยหมายถึงมาตรฐานรังสีวินิจฉัยตามเกณฑ์คุณภาพกระทรวงสาธารณสุข																			
เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><th rowspan="2">ระดับ โรงพยาบาล</th><th rowspan="2">เกณฑ์ เป้าหมาย</th><th colspan="5">ค่าเป้าหมาย</th></tr><tr><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th><th>ปี 2564</th></tr><tr><td>รพศ./รพท/รพช.</td><td>100</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td></tr></table>	ระดับ โรงพยาบาล	เกณฑ์ เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย					ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	รพศ./รพท/รพช.	100	70	75	80	85	90
ระดับ โรงพยาบาล	เกณฑ์ เป้าหมาย			ค่าเป้าหมาย																
		ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564														
รพศ./รพท/รพช.	100	70	75	80	85	90														
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลมีคุณภาพตามมาตรฐานที่กำหนด 2. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ																			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์1 แห่ง, โรงพยาบาลทั่วไป 3 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 22แห่ง รวม 26 แห่ง																			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมินคุณภาพและสรุปผลการประเมินให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อขอใบรับรองคุณภาพมาตรฐานรังสีวินิจฉัย																			

แหล่งข้อมูล	-ผลการประเมิน จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A :จำนวนห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน
รายการข้อมูล 2	B :จำนวนห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยทั้งหมดของรพศ./รพท./รพช. ในจังหวัดอุบลราชธานี
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
เกณฑ์การประเมิน	มาตรฐานงานรังสีวินิจฉัยจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กระทรวงสาธารณสุข
แนวทางการประเมิน	ห้องปฏิบัติการที่ประสงค์จะขอรับรองระบบบริหารคุณภาพห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ตามมาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข ต้องส่งแบบตรวจประเมินคุณภาพ และ/หรือ เอกสารที่เกี่ยวข้อง ให้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ในพื้นที่พิจารณา และศูนย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ดำเนินการตรวจประเมินรับรองระบบบริหารคุณภาพ ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย ดังนี้ 1.ตรวจสอบความครบถ้วนของเอกสาร และแต่งตั้งคณะผู้ตรวจประเมิน โดยจะแจ้ง ชื่อคณะผู้ตรวจประเมิน วันและเวลาที่จะตรวจประเมิน ให้ห้องปฏิบัติการที่ขอรับการ รับรองทราบล่วงหน้า 2.คณะผู้ตรวจประเมินดำเนินการไปตรวจประเมิน ณ ห้องปฏิบัติการ ตามวันเวลาที่แจ้ง 3.คณะผู้ตรวจประเมิน แจ้งผลการตรวจประเมินให้ห้องปฏิบัติการที่ขอการรับรอง ทราบ หากพบข้อบกพร่องที่ไม่สอดคล้องตามเกณฑ์ติดตามและประเมินผลฯ ห้องปฏิบัติการต้องแก้ไขข้อบกพร่องให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน ทั้งนี้หากมีเหตุจำเป็น ขอบยายเวลาการแก้ไขข้อบกพร่องได้ เป็นรายกรณี และส่งการแก้ไขข้อบกพร่อง ดังกล่าวพร้อมหลักฐานการแก้ไข ให้คณะผู้ตรวจประเมินพิจารณาผ่านศูนย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ในพื้นที่รับผิดชอบ 4.คณะผู้ตรวจประเมิน พิจารณาผลการแก้ไขข้อบกพร่อง กรณียอมรับการแก้ไข ข้อบกพร่องให้แจ้งศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ในพื้นที่รับผิดชอบทราบ
วิธีการประเมินผล	โดยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จะตรวจสอบและสรุปผลการตรวจประเมิน ห้องปฏิบัติการที่ขอการรับรองในพื้นที่รับผิดชอบ นำส่งสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ เพื่อรวบรวม สรุป นำเสนอคณะกรรมการ พิจารณาให้การรับรองระบบบริหารคุณภาพ ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย กระทรวงสาธารณสุข และเสนอกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ออกใบรับรองที่มีอายุ 3 ปี

ระดับ รพ.	ระดับคะแนน																	
	1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน													
รพ.ศูนย์/ รพ.ทั่วไป และ รพ.ชุมชน	- มีแผนการ พัฒนาคุณภาพ ห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัยตาม มาตรฐานที่ กำหนด -เข้าร่วม กิจกรรมการ ประเมิน คุณภาพ -มีการประเมิน ตนเองตาม มาตรฐาน -The must ไม่ ผ่านเกณฑ์	- มีผลการตรวจ ประเมิน คุณภาพ ห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัย - เข้าร่วม กิจกรรมการ ประเมิน คุณภาพ -มีการประเมิน ตนเองตาม มาตรฐาน - The must ผ่านทุกข้อ -มีคะแนนรวม มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 50	- มีผลการตรวจ ประเมิน คุณภาพ ห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัยฯ จาก คณะกรรมการ ระดับจังหวัด โดยจะต้องผ่าน เกณฑ์ -The must ผ่านทุกข้อ -มีคะแนนรวม มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 65	- มีการพัฒนา ส่วนขาด (Gap analysis) ของ งาน ห้องปฏิบัติการ รังสีวินิจฉัยที่ สอดคล้องกับ มาตรฐานที่ กำหนด - The must ผ่านทุกข้อ -ผลการ ประเมินผ่าน ขั้นดี -มีคะแนนรวม มากกว่าหรือ เท่ากับ ร้อยละ 75	- ผ่านมาตรฐาน คุณภาพรังสี วินิจฉัย - The must ผ่านทุกข้อ -ผลการประเมิน ผ่านขั้นดีเด่น -มีคะแนนรวม มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 85													
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาล กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข																	
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table><tr><th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด (แห่ง)</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงาน(ปี)</th></tr><tr><th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr><tr><td>รพศ/รพท./รพช.</td><td>26 แห่ง</td><td>53.85</td><td>52</td><td>65.39</td></tr></table>					Baseline data	หน่วยวัด (แห่ง)	ผลการดำเนินงาน(ปี)			2557	2558	2559	รพศ/รพท./รพช.	26 แห่ง	53.85	52	65.39
Baseline data	หน่วยวัด (แห่ง)	ผลการดำเนินงาน(ปี)																
		2557	2558	2559														
รพศ/รพท./รพช.	26 แห่ง	53.85	52	65.39														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ																	
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ																	

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ 1 : นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 E-mail : keng295@hotmail.com ผู้รับผิดชอบ 2 : นางสุภาภรณ์ อุดมิ่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

เป้าประสงค์ที่ G3	หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน																	
ตัวชี้วัด I 13 (R13)	ห้องปฏิบัติการชั้นสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผ่านเกณฑ์คุณภาพและมาตรฐานการบริการ (Lab ใน รพ.สต.)																	
คำนิยาม	1. ห้องปฏิบัติการชั้นสูงของ รพ.สต. หมายถึง การปฏิบัติการชั้นสูง Hct, Urine preg test, Urine albumin, Urine sugar และ DTX. 2. การประเมินภายนอก รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลชุมชนจัดให้มีตัวอย่างทดสอบคุณภาพ การตรวจสิ่งส่งตรวจ ระหว่างห้องปฏิบัติการ (Inter Lab) หรือ ต้องสมัครเข้าร่วมโครงการประกันคุณภาพตรวจวิเคราะห์สิ่งส่งตรวจ กับศูนย์วิทย์ฯ เพื่อประกันคุณภาพสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยเกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ และ ISO 15189 3. ข้อมูลคุณภาพและมาตรฐานการบริการด้านบุคลากร หมายถึง รายละเอียดข้อมูลสำหรับการตรวจติดตามประเมินผล(Checklist) ที่เป็น The must ดังนี้ - ข้อ 1 คือรายละเอียดข้อมูลคุณภาพด้านบุคลากร - ข้อ 3 คือ รายละเอียดข้อมูลคุณภาพด้านวัสดุ น้ำยา และเครื่องมือทดสอบ - ข้อ 5 คือ รายละเอียดขั้นตอนการทดสอบ - ข้อ 6 คือ การประกันคุณภาพการทดสอบ																	
เกณฑ์เป้าหมาย	<table><tr><th rowspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย</th><th colspan="5">ค่าเป้าหมาย</th></tr><tr><th>ปี 2560</th><th>ปี 2561</th><th>ปี 2562</th><th>ปี 2563</th><th>ปี 2564</th></tr><tr><td>ร้อยละ 60</td><td>65</td><td>70</td><td>75</td><td>80</td><td>85</td></tr></table>	เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย					ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	ร้อยละ 60	65	70	75	80	85
เกณฑ์เป้าหมาย	ค่าเป้าหมาย																	
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564													
ร้อยละ 60	65	70	75	80	85													
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ห้องปฏิบัติการชั้นสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีคุณภาพตามมาตรฐาน 2. เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพ																	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมดในจังหวัดอุบล จำนวน 317 แห่ง																	

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	คณะกรรมการระดับอำเภอประเมินคุณภาพและสรุปผลการประเมินให้จังหวัด
แหล่งข้อมูล	ผลการประเมินคุณภาพตามมาตรฐานงานชั้นสูตรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A :จำนวนห้องปฏิบัติการชั้นสูตรในรพ.สต.ที่ผ่านการรับรองคุณภาพมาตรฐาน
รายการข้อมูล 2	B :จำนวนห้องปฏิบัติการชั้นสูตรทั้งหมดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุบลราชธานี
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
เกณฑ์การประเมิน	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
แนวทางการประเมิน	ผลการดำเนินงานเทียบกับเกณฑ์การให้คะแนน

วิธีการประเมินผลเกณฑ์การให้คะแนน Ranking

ระดับคะแนน				
1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ - มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน - ผลการประเมิน The must ข้อ 1,3,5,6 ผ่านร้อยละ 25 - คะแนนรวมผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 60	- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ - มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน - ผลการประเมิน The must ข้อ 1,3,5,6 ผ่านร้อยละ 50 - คะแนนรวมผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 70	- มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอ - มีการประเมินตนเองตามมาตรฐาน - ผลการประเมิน The must ข้อ 1,3,5,6 ผ่านร้อยละ 75 - คะแนนรวมผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80	- อยู่ในขั้นตอนที่ 4 คือ มีการพัฒนาส่วนขาด(Gap analysis) ของงานห้องปฏิบัติการชั้นสูตรที่สอดคล้องกับมาตรฐานที่กำหนด - ผลการประเมิน The must ข้อ 1,3,5,6 ผ่านร้อยละ 85 - คะแนนรวมผ่านมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90	- อยู่ในขั้นตอนที่ 5 มีการนำแผนการพัฒนาศักยภาพห้องปฏิบัติการชั้นสูตรไปดำเนินการ - ผลการประเมิน The must ข้อ 1,3,5,6 ผ่านร้อยละ 100 - คะแนนรวมผ่านร้อยละ 100
เอกสารสนับสนุน		เอกสารเกณฑ์แนวทางการพัฒนางานชั้นสูตรสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ ในโรงพยาบาล		

	ส่งเสริมสุขภาพตำบล จากกระทรวงสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด (แห่ง)	ผลการดำเนินงาน(ปี)		
			2557	2558	2559
	รพ.สต.ที่ผ่าน การรับรอง	ร้อยละ แห่ง	28.07 (89 แห่ง)	36.90 (117 แห่ง)	46.37 (147แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ 1 : นางสาววรุณรัตน์ ชนะศรีรัตนกุล เบอร์โทรศัพท์มือถือ : 085-419-2898 E-mail : keng295@hotmail.com ผู้รับผิดชอบ 2 : นางสุภาภรณ์ อุตมั่ง หัวหน้า กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์มือถือ : 089-844-9962				

เป้าประสงค์ที่ G3	หน่วยงานสาธารณสุขได้รับการรับรองคุณภาพมาตรฐาน
ตัวชี้วัด I 14 (R14)	ร้อยละของ รพ.สต.ในแต่ละอำเภอที่ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี)
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ 5 ดาว 5 ดี ประกอบด้วย บริหารดี ประสานงานดี ภาควิชามีส่วนร่วม บุคลากรดี บริการดี ประชาชนมีสุขภาพดีมีเกณฑ์ประเมิน ดังนี้ เกณฑ์ชี้วัดที่ 1)การนำองค์กรและการจัดการดี เกณฑ์ชี้วัดที่ 2)การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมาย ชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกณฑ์ชี้วัดที่ 3)การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล เกณฑ์ชี้วัดที่ 4)การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย เกณฑ์ชี้วัดที่ 5)ผลลัพธ์

เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์ระดับการพัฒนาคุณภาพ				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 10	ร้อยละ 25	ร้อยละ 50	ร้อยละ 75	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้มีคุณภาพได้มาตรฐาน เน้นการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพ และกระบวนการบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สอดคล้องกับการพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ให้ครอบคลุมทุกมิติ สามารถขับเคลื่อนไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความต่อเนื่อง			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 317 แห่ง			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- รายงานผลการประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพรพ.สต. 5 ดาว 5 ดี - รายงานผลการประเมิน โดยทีมประเมินระดับอำเภอ/จังหวัด			
แหล่งข้อมูล	แบบสรุปผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน			

เกณฑ์การประเมิน :ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด สร้างความเข้าใจ ขั้นตอน/กระบวนการ/ ความเชื่อมโยงของ นโยบาย	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลประเมิน ตนเอง (Self- Assessment) และจัดทำ แผนพัฒนาตามส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพัฒนาตาม ส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี) ในภาพรวมของอำเภอ ร้อยละ 10

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลประเมิน ตนเอง (Self- Assessment)	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพัฒนาตาม ส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพัฒนาตาม ส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี) ในภาพรวมของอำเภอ ร้อยละ 25

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลประเมิน ตนเอง (Self- Assessment)	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพัฒนาตาม ส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพัฒนาตาม ส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลผ่านเกณฑ์การ ประเมินคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี)ในภาพรวม ของอำเภอร้อยละ 50

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลประเมิน ตนเอง (Self- Assessment)	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพัฒนาตาม ส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลพัฒนาตาม ส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลผ่านเกณฑ์การประเมิน คุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี)ในภาพรวม ของอำเภอร้อยละ 75

ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินตนเอง (Self-Assessment)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาตามส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพัฒนาตามส่วนขาด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี) ในภาพรวมของอำเภอร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking				
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินตนเอง (Self-Assessment) ให้อำเภอรวบรวมและส่งจังหวัด - วิเคราะห์ส่วนขาด (GAP)	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการทำแผนพัฒนาตามส่วนขาด และดำเนินการตามแผน	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการประเมินจากผู้ประเมินระดับอำเภอ และผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี) ในภาพรวมของอำเภอ ร้อยละ 10	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้รับการประเมินจากผู้ประเมินระดับจังหวัด/เขต และผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี) ในภาพรวมของอำเภอ ร้อยละ 15	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ (รพ.สต. 5 ดาว 5 ดี) ในภาพรวมของอำเภอ ร้อยละ 20 ขึ้นไป
วิธีการประเมินผล :		1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สร้างความเข้าใจขั้นตอน/กระบวนการ/ความเชื่อมโยงของนโยบาย 2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประเมินตนเอง (Self-Assessment) ตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว 3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำแผนพัฒนาตามส่วนขาด (GAP) ที่ได้จากการประเมินตนเอง (Self-Assessment) 4. อำเภอรวบรวมผลการทำแผนพัฒนาตามส่วนขาด (GAP) รพ.สต. ส่งจังหวัด 5. ทีมประเมินระดับอำเภอ/จังหวัดออกประเมิน 6. สรุปผลการประเมิน		

	7. คำนวณอัตราส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพในภาพรวมของอำเภอสงขลา
เอกสารสนับสนุน :	1. กระบวนการพัฒนาคุณภาพระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS-PCA) 2. เกณฑ์การประเมินคัดเลือก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล(รพ.สต.) ดีเด่น/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ(สสอ.) ดีเด่นปี 2559 3. เกณฑ์ประเมิน รพ.สต.ติดดาว เขตสุขภาพที่ 8/จังหวัดสิงห์บุรี/จังหวัดอุทัยธานี ปี 2559 4. ตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ 5 กลุ่มวัย เขตสุขภาพที่ 9 ประจำปี 2559 5. 4 Excellence Strategies 6. การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ปี 2560 7. เกณฑ์บ่งชี้ตามเกณฑ์คุณภาพผลงานบริการ (Quality and outcomes framework : QOF) ปีงบประมาณ 2560 8. คู่มือแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) เพื่อการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ปี 2558 9. เกณฑ์ขึ้นทะเบียน “หน่วยบริการประจำและหน่วยบริการปฐมภูมิ” ปี 2559 – 2560 (สป.สช.) 10. เกณฑ์คุณภาพ เครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Primary Care Award : PCA)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสุภาภรณ์ อุดมมิ่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244803 โทรศัพท์มือถือ : 089 – 8449962 โทรสาร : 045-244803 E-mail : tunsupa48@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางกนกวรรณ กุแก้ว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244803 โทรศัพท์มือถือ : 081-7304585 โทรสาร : 045-244803 E-mail : kanokwan116@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สนง.สสจ.อุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่ G4		ประชาชนมีความพึงพอใจ				
ตัวชี้วัด I 15		ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (เกณฑ์ความพึงพอใจ ร้อยละ 80)				
		การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการสาธารณสุข หมายถึง การประเมินความพึงพอใจผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก แผนกผู้ป่วยใน และผู้รับบริการในชุมชน ตามแนวทางหรือวิธีการประเมินมาตรฐานบริการของกระทรวงสาธารณสุข ต่อบริการ ด้านสถานที่สิ่งแวดล้อม เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ สิ่งของหรือวัสดุรวมถึงข้อมูลข่าวสารที่ให้บริการ คุณสมบัติและบุคลิกภาพของผู้ปฏิบัติงาน วิธีการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ และพฤติกรรมบริการในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล				
เกณฑ์เป้าหมาย :						
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61		ปีงบประมาณ 62		ปีงบประมาณ 63
ร้อยละ 85		ร้อยละ 90		ร้อยละ 95		ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์		1.เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการของหน่วยบริการทุกระดับ 2.เพื่อให้บริการสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		รพศ. รพท. รพช. รพ.สต.ทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		หน่วยบริการสำรวจ ความพึงพอใจ ปีละ 1 ครั้ง (ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม) โดยจัดเก็บตัวอย่าง 400 ตัวอย่าง สำหรับรพ.สต. และใช้หลักการ 5 % ของประชากรผู้ป่วยเฉลี่ยต่อวันสำหรับโรงพยาบาล การเก็บข้อมูล : 1. ในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน 2. ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เก็บข้อมูลของผู้ป่วยนอก เครื่องมือ : 1. แบบประเมินจากสำนักการพยาบาล วิธีการเก็บข้อมูลงานผู้ป่วยนอกและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1. สุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เพื่อแจกแบบสอบถามโดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้หลักการ 5% ของประชากรผู้ป่วยนอกเฉลี่ยต่อวัน 2. แจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยที่สามารถอ่านออกเขียนได้ หรือใช้วิธีสัมภาษณ์กรณีที่ไม่อ่านเขียนไม่ได้ยกเว้นในรายที่ผู้ป่วยปฏิเสธการตอบ				

	แบบสอบถาม 3. ทำการเก็บแบบสอบถามทุกวันจนครบระยะเวลาที่กำหนด นำแบบสอบถามมาเจนนับคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินและคะแนนเต็มของแต่ละชุด 4. คำนวณหาผลรวมของคะแนนความพึงพอใจและคะแนนเต็ม ของแบบสอบถามคำนวณอัตราส่วนร้อยละของคะแนนความพึงพอใจตามสูตร วิธีการเก็บข้อมูลงานผู้ป่วยใน 1. สุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเพื่อแจกแบบสอบถาม โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้หลักการ 5% หรือ 30 รายของประชากรผู้ป่วยจำหน่ายต่อเดือน 2. ตรวจสอบรายชื่อผู้ป่วยที่จำหน่ายในแต่ละวัน 3. แจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติ มีระยะเวลาวันนอนในโรงพยาบาล 3 วันขึ้นไปสามารถอ่านเขียนได้หรือเต็มใจให้สัมภาษณ์กรณีอ่านเขียนไม่ได้ เต็มใจตอบแบบสอบถาม 4. นำแบบสอบถามมาเจนนับคะแนนที่ผู้ป่วยประเมินและคะแนนเต็มของแต่ละชุดหาผลรวมของคะแนนความพึงพอใจ และคะแนนเต็มของแบบสอบถามคำนวณร้อยละของคะแนนความพึงพอใจ สูตรคำนวณ: ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ $= \frac{\text{ผลรวมของคะแนนความพึงพอใจ} \times 100}{\text{ผลรวมคะแนนเต็มของแบบสอบถาม}}$
แหล่งข้อมูล	ผู้มารับบริการในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนสถานบริการที่มีผลการผ่านเกณฑ์ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการร้อยละ 80 ขึ้นไป
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสถานบริการสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	เก็บข้อมูลเดือนมกราคม-มีนาคม และรายงานผลเดือนเมษายนของทุกปี

เกณฑ์การประเมิน :		
1-3 เดือน	จัดทำแผนงาน/โครงการ	
4-6 เดือน	ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลการประเมินผลความพึงพอใจในผู้รับบริการ	
7 เดือน	สรุปผลการประเมินและการวิเคราะห์ผลการประเมินความพึงพอใจ	
8-12 เดือน	ดำเนินการพัฒนา/ปรับปรุง/แก้ไขปัญหา	
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	1คะแนน (ระดับควรปรับปรุง)	ผลการประเมินความพึงพอใจต่ำกว่าร้อยละ 60
	2คะแนน(ระดับพอใช้)	ผลการประเมินความพึงพอใจร้อยละ 60-69.9
	3คะแนน(ระดับปานกลาง)	ผลการประเมินความพึงพอใจร้อยละ 70-79.9
	4คะแนน(ระดับดี)	ผลการประเมินความพึงพอใจร้อยละ 80-89.9
	5คะแนน(ระดับดีเยี่ยม)	ผลการประเมินความพึงพอใจมากกว่าร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล :	จากรายงานผลการประเมินและผลการวิเคราะห์การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี	
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินจากสำนักงานการพยาบาล	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี	
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางสุภาภรณ์ อุดมมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-244803 โทรศัพท์มือถือ : 089-8449962 โทรสาร : 045-244803 E-mail : tunsupa48@hotmail.com 2. นางสาววีระสุดา สวัสดิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 086-5843020E-mail : jawjom@hotmail.com กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการสนง.สสจ.อุบลราชธานี	

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพ													
ตัวชี้วัด I 16 (PA , ตร. ,R15)	ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย													
คำนิยาม	เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กอายุ 0-5 ปี ที่ได้รับการประเมินพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) สำหรับเด็กกลุ่มปกติ หรือ คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) สำหรับเด็กกลุ่มเสี่ยง และมีพัฒนาการสมวัย คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) หมายถึง คู่มือเล่มสีเขียว เป็นแบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ใช้คัดกรองเด็กทั่วไปที่ไม่มีอาการผิดปกติ และดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรม พัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM)หมายถึง คู่มือเล่มสีชมพู เป็นแบบประเมินพัฒนาการเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ใช้คัดกรองเด็กที่คลอดด้วยความเสี่ยงจากน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเมื่อแรกคลอด (Low Birth Weight) และหรือจากการขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth Asphyxia) และดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบจากพฤติกรรม พัฒนาการตามอายุของเด็กใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านกล้ามเนื้อเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคมโดยการประเมินเด็กกลุ่มเสี่ยง ต้องลดช่วงอายุการประเมินลงมาหนึ่งช่วงอายุ แต่การแปลผลต้องแปลผลพัฒนาการสมวัยตามช่วงอายุจริงของเด็ก													
เกณฑ์เป้าหมาย :														
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</td><td>ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85</td></tr></table>					ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64										
ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85	ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85										
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโต และส่งเสริมพัฒนาการและการเรียนรู้ตามช่วงวัย													

	2. เพื่อพัฒนาระบบบริการของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพทั้งในเรื่องการเฝ้าระวังการเจริญเติบโต ส่งเสริมพัฒนาการ และโรงเรียนพ่อแม่ 3. ส่งเสริมให้เกิดวางแผนการพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างมีส่วนร่วมประจํารัฐ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กกลุ่มอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนทุกคน
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการสุขภาพทุกระดับ นำข้อมูลการตรวจคัดกรองพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรม JHCIS ของสถานบริการฯ และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) ศูนย์เด็กเล็ก
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนในแต่ละเดือนที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการปกติ
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน และ 42 เดือนในแต่ละเดือนที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน โดยหน่วยบริการ บันทึกข้อมูล ส่งเข้า HDC รายเดือน

Small Success :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการ WCC - คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาท - ใน WCC คุณภาพ - วิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการและแนวทางการแก้ไข - มีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5ปี - เด็กอายุ 9, 18, 30, 42	- ส่งเสริมให้หน่วยบริการทุกระดับจัดบริการ WCC - คุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ตามมาตรฐานและจัดมุมเล่นตามรอยพระยุคลบาท - ใน WCC คุณภาพ - วิเคราะห์สถานการณ์พัฒนาการและแนวทางการแก้ไข - มีระบบคัดกรองเฝ้าระวังกระตุ้นและแก้ไขพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5ปี - เด็กอายุ 9, 18, 30, 42	- รณรงค์คัดกรองพัฒนาการเด็กอายุ 9, 18, 30, 42 เดือนในเดือนกรกฎาคม 2560 - จัดระบบส่งต่อเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้าเพื่อแก้ไขพัฒนาการ - ประชุมคณะทำงานพัฒนาการเด็ก CPM - ลงพื้นที่ Coaching และนิเทศ ติดตามกำกับในพื้นที่ที่ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice และนิเทศ ติดตาม	- รวบรวมข้อมูลสถานการณ์และแนวทางแก้ไข - ประชุมคณะทำงานพัฒนาการเด็ก CPM - ลงพื้นที่ Coaching และนิเทศ ติดตามกำกับในพื้นที่ที่ยังพบปัญหาในการดำเนินงาน - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ Best Practice

เดือนทุกคน ได้รับการ ประเมินพัฒนาการเด็ก -รวบรวมข้อมูลสถานการณ์ และแนวทางแก้ไข -ประชุมคณะทำงาน พัฒนาการเด็ก CPM -ลงพื้นที่ Coachingและ นิเทศ ติดตาม กำกับ	เดือนทุกคน ได้รับการ ประเมินพัฒนาการเด็ก -รวบรวมข้อมูล สถานการณ์และ แนวทางแก้ไข -ประชุมคณะทำงาน พัฒนาการเด็ก CPM -ลงพื้นที่ Coachingและ นิเทศ ติดตาม กำกับ	กำกับในพื้นที่ที่ยัง พบปัญหาในการ ดำเนินงาน -จัดระบบส่งต่อเด็กที่ สงสัยพัฒนาการ ล่าช้าเพื่อแก้ไข พัฒนาการ -ประชุมคณะทำงาน พัฒนาการเด็ก CPM -ลงพื้นที่ Coaching และนิเทศ ติดตาม กำกับ																
วิธีการประเมินผล :	การนิเทศงาน และเปรียบเทียบข้อมูลในระบบ HDC กับค่าเป้าหมาย																	
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ตามจำนวนเด็กเกิดใหม่ 2. คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กกลุ่มเสี่ยง (DAIM) ตามจำนวนเด็กเกิดใหม่ 3. คู่มือการบันทึกข้อมูลพัฒนาการเด็ก พร้อมคำนิยาม 4. อุปกรณ์ประเมินพัฒนาการเด็ก (ส่วนขาด)																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table><tr><td>Baseline data</td><td>หน่วยวัด</td><td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td></tr><tr><td></td><td></td><td>2557</td><td>2558</td><td>2559</td></tr><tr><td>ร้อยละของ เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการ สมวัย</td><td>ร้อยละ</td><td>84.70</td><td>85.42</td><td>77.72</td></tr></table>			Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					2557	2558	2559	ร้อยละของ เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการ สมวัย	ร้อยละ	84.70	85.42	77.72
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		2557	2558	2559														
ร้อยละของ เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการ สมวัย	ร้อยละ	84.70	85.42	77.72														
เกณฑ์การให้คะแนน	โรงพยาบาลทุกระดับ มีการจัดบริการคลินิกสุขภาพเด็กดี ประกอบด้วย 1. มีสถานที่และอุปกรณ์ ที่ได้ตามมาตรฐาน 2. มีบุคลากรที่สามารถประเมินพัฒนาการเด็กตามระดับของการใช้คู่มือ DSPM, DAIM หรือ TEDA4I 3. จัดระบบการให้บริการตามเกณฑ์มาตรฐาน																	

	(ตามคู่มือคลินิกสุขภาพเด็กดี หน้า 3) คือ 3.1 การซักประวัติ 3.2 การตรวจร่างกาย - ตรวจร่างกายทั่วไป - ประเมินพัฒนาการ โดยการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 0-5 ปี ทุกราย - น้ำหนัก/ส่วนสูง ประเมินภาวะโภชนาการ - เส้นรอบวงศีรษะ - ความดันโลหิต - ซ่อนปากและฟัน - สายตา - การได้ยิน 3.3 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ - ระดับฮีโมโกลิน/ฮีมาโตคริต - ตรวจปัสสาวะ (ทางเลือก) 3.4 คัดกรองในพื้นที่ที่มีภาวะเสี่ยง 3.5 การให้วัคซีนป้องกันโรค 3.6 การจ่ายยาเสริมธาตุเหล็ก 3.7 การให้คำแนะนำล่วงหน้า - โรงเรียนพ่อแม่ 3.8 พบทันตบุคลากร 3.9 พบแพทย์หรือพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ 4. ประเมินพัฒนาการเด็กในเด็กกลุ่มอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือนทุกราย พร้อมทั้งให้คำแนะนำแก่พ่อ แม่ ผู้ปกครอง หลังประเมินพัฒนาการเสร็จสิ้น ทั้งเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า และเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย เพื่อให้พ่อแม่ ผู้ปกครองสามารถกระตุ้น ส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้มีพัฒนาการเป็นไปตามวัย 5. พบเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในการคัดกรองครั้งแรกไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 6. นัดประเมินซ้ำภายใน 30 วัน กรณีเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า หรือส่งต่อทันที กรณีที่พบว่าเด็กมีภาวะเสี่ยงควรได้รับการกระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการจากผู้ประเมินเฉพาะด้าน เช่น การฝึกพูด หรือเด็กกลุ่มเสี่ยงที่ต้องได้รับการประเมิน

	จากที่ประเมินจากโรงพยาบาล เป็นต้น	
	7. ส่งต่อเด็กที่พบว่ามีความล่าช้า (หลังกระตุ้น 30 วัน แล้วยังไม่ดีขึ้น) โดยมีทะเบียนข้อมูลการส่งต่อ	
	8. มีการบันทึกข้อมูลโภชนาการและพัฒนาการเด็กผ่านโปรแกรมที่เกี่ยวข้อง และส่งออกรายงานใน HDC ทุกเดือน	
	9. โรงพยาบาลที่รับการส่งต่อ มีทะเบียนคุมเด็กที่รับส่งต่อ และแจ้งผลย้อนกลับ พร้อมทั้งมีการรายงานผลการประเมิน TEDA4I (Paper เนื่องจากโปรแกรมยังไม่รองรับ)	
	10. ติดตาม กระตุ้นส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และมีผลลัพธ์คือ เด็กมีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80	
การประเมินผล Ranking	ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การให้คะแนน
	1 คะแนน	ข้อ 1 – 6
	2 คะแนน	ข้อ 1 - 7
	3 คะแนน	ข้อ 1 - 8
	4 คะแนน	ข้อ 1 - 9
	5 คะแนน	ครบทุกข้อตั้งแต่ข้อ 1 – 10
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 081-965-5169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com 2. นางสาวทฤตมน ทองเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 091-0136493 โทรสาร : 045-241918E-mail : totalnine@gmail.com	
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางสาวทฤตมน ทองเรือง ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 091-0136493 โทรสาร : 045-241918 E-mail : totalnine@gmail.com	

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการ สิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 17 (PA , ตร.)	ร้อยละของเด็กอายุ 0 -5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี
คำนิยาม	เด็กอายุ 0 - 5 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ 5 ปี 11 เดือน 29 วัน สูงดี หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไป เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโตความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความมากกว่าหรือเท่ากับ -1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโตน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง กรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2558 (ขององค์การอนามัยโลก) โดยมีความระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง สูงดีสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีความยาวหรือส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์ขึ้นไปและมีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียวกัน) ส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชายและเด็กหญิงที่อายุ 5 ปี เต็ม ถึง 5 ปี 11 เดือน 29 วัน

เกณฑ์เป้าหมาย

ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
1. ร้อยละเด็กสูงดี สมส่วน	51	54	57	60	ร้อยละ 63
2. ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ 5 ปี	-		-	-	113
- เด็กชาย	-			-	112
(เซนติเมตร)					
- เด็กหญิง					
(เซนติเมตร)					
วัตถุประสงค์	1. เพื่อส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ (Full Potential Growth) 2. เพื่อให้บรรลุเป้าหมายโลก ได้แก่ Global Nutrition Targets, SDG และ The Zero Hunger Challenge 3. เพื่อให้เด็กมีระดับโภชนาการดี				

	4. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานในวัยผู้ใหญ่ 5. เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันโรค สุขภาพแข็งแรง 6. เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยทำงาน และผู้สูงอายุ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 0-5 ปี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รพ.สต. และ PCU ของโรงพยาบาลนำข้อมูลน้ำหนักส่วนสูงของเด็กบันทึก ในโปรแกรมหลักของสถานบริการ HCIS และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน 43 แฟ้ม 2) รายงานทุกเดือน
แหล่งข้อมูล	1) สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง (คลินิกเด็กดี) 2) หมู่บ้าน 3) ศูนย์เด็กเล็ก
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน
รายการข้อมูล 2	A2 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 3	A3 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 5	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
รายการข้อมูล 6	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน $= (A1/B1) \times 100$ ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 5 ปี $= (A2/B2)$ ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 5 ปี $= (A3/B3)$
ระยะเวลาประเมินผล	1) เด็กอายุ 0-5 ปี ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน

เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประกาศนโยบายเด็กปฐมวัยสูงวัยสูงวัย - สนับสนุนเครื่องมือการดำเนินงานส่งเสริมเด็กสูงวัย - ประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินงานส่งเสริมเด็กไทย สูงวัยสูงวัยระดับอำเภอ, ตำบล - มีการสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงวัย	- ทุกอำเภอมีการถ่ายระดับเรื่องนโยบาย เด็กปฐมวัยสูงวัยให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบลรับทราบ - มีการสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงวัยแก่ภาคีเครือข่ายและผู้ปกครอง - มีการประเมินภาวะโภชนาการของเด็ก 0-5 ปีทุกคนทุก 3 เดือน - จัดทำทะเบียนกลุ่มเสี่ยง - จัดทำแผนแก้ไขปัญหาลูกที่มีทุพโภชนาการ - ดำเนินการแก้ไขปัญหาลูกตามแผน - จัดให้มีมุม/ลานเล่นตามรอยพระยุคลบาทในWCC - อบรมครูพี่เลี้ยงในศูนย์เด็กเล็กในการใช้เครื่องมือประเมินภาวะโภชนาการ - กิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่คุณภาพเน้นใช้แบบประเมินและเฝ้าระวังภาวะโภชนาการ	- ระดับอำเภอมีการสร้างองค์การส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงวัยส่วนอย่างน้อยตำบลละ 1 แห่ง - มีการสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงวัยแก่ภาคีเครือข่ายและผู้ปกครอง - ติดตามประเมินความก้าวหน้าเด็กกลุ่มเสี่ยงทุก 3 เดือน	- ร้อยละ 51 ของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงวัย

วิธีการประเมินผล :	1. มีโครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน 2. สุ่มสำรวจในเรื่อง การรับทราบนโยบายของหน่วยงานและบุคลากร สาธารณสุข การสร้างองค์การส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วน การสร้างครอบครัวนักโภชนาการ การสื่อสารความสำคัญของเด็กสูงดี สมส่วน				
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกฝากครรภ์ 2. หนังสือแนวทางการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในคลินิกสุขภาพเด็กดี 3. หนังสือคู่มือการพัฒนาสู่องค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ 4. มาตรการสำคัญและชุดกิจกรรมพื้นฐานด้านโภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน	ประเทศ	ร้อยละ	-	46.3	47.4
	จ.อุบลราชธานี		-	-	79.73
ส่วนสูงเฉลี่ย ที่อายุ 5 ปี	ประเทศ	เซนติเมตร	-	-	ชาย = 111** หญิง=109**
	จ.อุบลราชธานี	เซนติเมตร			เฉลี่ย 108
*ข้อมูลรายงานจาก HDC ปี 2558					
**รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ.2551-2552					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 081-9655169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	1. นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 081-9655169 2. นางสกุณา พรหมศิริรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 โทรศัพท์มือถือ : 095-6356932				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 18 (ตร.)	ร้อยละของเด็กวัยเรียน สูงดีสมส่วน				
คำนิยาม	เด็กวัยเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 14 ปี (โดยเริ่มนับตั้งแต่อายุ 6 ปีเต็ม – 14 ปี 11 เดือน 29 วัน) โรงเรียนระดับประถมศึกษาทุกสังกัด หมายถึง โรงเรียนระดับประถมศึกษาศึกษาหรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส และมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3) ภาวะเตี้ย หมายถึง ส่วนสูงของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์อายุเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า – 2 S.D. แสดงว่าเด็กเติบโตไม่ดีอาจเนื่องมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนหมายถึง น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง + 2S.D. ขึ้นไป โดยใช้กราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย ปี 2542 ภาวะผอม หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับเกณฑ์ส่วนสูงเดียวกัน มีค่าต่ำกว่า –2 S.D. แสดงว่าเด็กมีน้ำหนักน้อยกว่าเด็กที่มีส่วนสูงเดียวกัน สูงดีหมายถึงเด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง เมื่อเทียบกับกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ - 1.5 SD ของส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ สมส่วน หมายถึง เด็กที่มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน เมื่อเทียบกราฟการเจริญเติบโต กรมอนามัย ปี 2542 มีค่าระหว่าง +1.5 SD ถึง -1.5 SD ของน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง เด็กสูงดีสมส่วนหมายถึงเด็กที่มีส่วนสูงอยู่ในระดับสูงตามเกณฑ์+ค่อนข้างสูง+สูง มีน้ำหนักอยู่ในระดับสมส่วน (ในคนเดียว) ส่วนสูงเฉลี่ย หมายถึง ค่าเฉลี่ยของส่วนสูงในเด็กชาย และเด็กหญิง อายุ 14 ปี (เด็กอายุ 14 ปีเต็ม ถึง 14 ปี 11 เดือน 29 วัน)				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
1. ร้อยละเด็กวัยเรียน (6-14 ปี) สูงดีสมส่วน	66	68	70	72	74

2. ส่วนสูงเฉลี่ยที่ อายุ 14 ปี - เด็กชาย (เซนติเมตร) - เด็กหญิง (เซนติเมตร)					166 cm 159cm
3. ภาวะเตี้ย					น้อยกว่า ร้อยละ 10
4. ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน					น้อยกว่า ร้อยละ 10
5. ภาวะผอม					น้อยกว่า ร้อยละ 5
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนแข็งแรงและฉลาด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ 6-14 ปี ในโรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับ ประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด (มัธยมศึกษาตอนต้น ม.1 - ม.3) ในจังหวัดอุบลราชธานี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบฐานข้อมูล 43 แฟ้ม สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะผอม				
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน				
รายการข้อมูล 3	A3 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่มีภาวะเตี้ย				
รายการข้อมูล 4	A4 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน				
รายการข้อมูล 5	A5 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรชายอายุ 14 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง				
รายการข้อมูล 6	A6 = ผลรวมของส่วนสูงของประชากรหญิงอายุ 14 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูง				
รายการข้อมูล 7	A7 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ทั้งหมดในโรงเรียน				
รายการข้อมูล 8	B1 = จำนวนเด็กอายุ 6-14 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด				
รายการข้อมูล 9	B2 = จำนวนประชากรชายอายุ 14 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด				
รายการข้อมูล 10	B3 = จำนวนประชากรหญิงอายุ 14 ปี ที่ได้รับการวัดส่วนสูงทั้งหมด				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะผอม	= (A1/B1) x 100								
	ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน	= (A2/B1) x 100								
	ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี มีภาวะเตี้ย	= (A3/B1) x 100								
	ร้อยละเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	= (A4/B1) x 100								
	ส่วนสูงเฉลี่ยชายที่อายุ 14 ปี	= (A5 / B2)								
	ส่วนสูงเฉลี่ยหญิงที่อายุ 14 ปี	= (A6 / B3)								
	ความครอบคลุม	= (A7/ B1) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์และสรุปผล ปีละ 2 ครั้ง โดยจัดเก็บข้อมูล 2 ภาคเรียน คือ : ภาคเรียนที่ 1 ระยะเวลาของการชั่งน้ำหนัก 2 เดือน (พ.ค., มิ.ย.) พื้นที่ลงข้อมูลในระบบระยะเวลา 3 เดือน คือ (พ.ค., มิ.ย., ก.ค.) ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ส.ค. ภาคเรียนที่ 2 ระยะเวลาของการชั่งน้ำหนัก 2 เดือน (ต.ค., พ.ย.) พื้นที่ลงข้อมูลในระบบระยะเวลา 3 เดือน คือ (ต.ค., พ.ย., ธ.ค.) ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ม.ค.									
	เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>ขั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปี กศ.60)</td><td>ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5</td><td>ขั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปี กศ. 61) และ 4</td><td>ขั้นตอนที่ 5</td></tr></table>			รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	ขั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปี กศ.60)	ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ขั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปี กศ. 61) และ 4	ขั้นตอนที่ 5
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน							
ขั้นตอนที่ 1-3.1 (ภาค 2 ปี กศ.60)	ขั้นตอนที่ 3.2, 4 และ 5	ขั้นตอนที่ 3.3 (ภาค 1 ปี กศ. 61) และ 4	ขั้นตอนที่ 5							
วิธีการประเมินผล :	ขั้นตอนที่ 1 จังหวัดจัดตั้งคณะกรรมการและจัดทำแผนการส่งเสริม ควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาทุพโภชนาการในเด็กวัยเรียนระดับเขต ระดับจังหวัด โดยPM จังหวัด ขั้นตอนที่ 2 จังหวัดมีฐานข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กวัยเรียนทุกระดับ และ นำข้อมูลไปใช้ในการจัดการปัญหาในพื้นที่ทุกระดับ ขั้นตอนที่ 3 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง 3.1 จังหวัดมีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง เพื่อเปรียบเทียบภาวะ โภชนาการและคัดกรองเด็กกลุ่มเสี่ยง 3.2 รายงานรอบที่ 1 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ ต.ค., พ.ย., ธ.ค.ในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2559 และส่ง สรุปผลภาวะโภชนาการมายัง สนย. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน									

	ณ วันที่ 1 ม.ค. 2560 3.3 รายงานรอบที่ 2 โดยนำเข้าข้อมูลสถานการณ์ในช่วง 3 เดือน คือ พ.ค., มิ.ย., ก.ค. ในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2560 และส่งสรุปผลภาวะโภชนาการมายัง สนย. ส่วนกลางจะตัดข้อมูลรายงาน ณ วันที่ 1 ส.ค. 2560 ขั้นตอนที่ 4 จังหวัดมีการดำเนินการดังนี้ 4.1 การจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (ผอม อ้วน เตี้ย) 4.2 การส่งเสริมให้เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน 4.3 มีการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยง โดยการตรวจ obesity sign 1) รอบคอดำ 2) นิ่งหลับ 3) นอนกรน 4) ประวัติเจ็บป่วย ครอบครั้ว จากสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข (service plan) คลินิก DPAC ติดตามและรายงานผล 4.4 รายงานตามระบบ ขั้นตอนที่ 5 จังหวัดมีรายงาน ดังนี้ 5.1 สถานการณ์ภาวะโภชนาการ ผอม อ้วน เตี้ย สูงสมส่วน 5.2 จำนวนนักจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher)(ครูช.) และแกนนำนักเรียนด้านการจัดการน้ำหนักในเด็กวัยเรียน (Smart Kids Leader)
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ในเด็กวัยเรียน 2. หนังสือคู่มือการพัฒนาสู่องค์กรส่งเสริมเด็กไทยเติบโตเต็มศักยภาพ 3. คู่มือการควบคุมและป้องกันภาวะโภชนาการเกินในเด็กนักเรียน 4. แนวทางการคัดกรอง ส่งต่อ เด็กอ้วนกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุขและคลินิก DPAC 5. คู่มือนักจัดการน้ำหนักเด็กวัยเรียน (Smart Kids Coacher) 6. แนวทางการควบคุมป้องกันภาวะอ้วนในเด็กนักเรียน 7. แนวทางการจัดค่ายลดน้ำหนักกินพอดีไม่มีอ้วน 8. หนังสืออยากผอม...มาลองทำดู “ดูแลหุ่นสวยด้วยตัวเอง” สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยใส 9. หนังสือผักผลไม้สีรุ้ง

	10. หนังสือขออนุญาตออกกำลังกายสำหรับเด็กวัยเรียน				
	11. แผ่นพับกินพอดี ไม่มีอ้วน				
	12. แผ่นพับผักผลไม้สีรุ้ง				
	13. แผ่นพับโตขึ้นหุ่นดีไม่มีอ้วน				
	14. แผ่นพับการออกกำลังกายสำหรับนักเรียน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
เด็กอายุ 6-14 ปี ผอม	6.89	ร้อยละ	8.32	7.55	6.89
เด็กอายุ 6-14 ปี อ้วน	4.81	ร้อยละ	4.45	4.82	4.81
เด็กอายุ 6-14 ปี เตี้ย	7.13	ร้อยละ	8.51	7.82	7.13
เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน	81.71	ร้อยละ	80.53	81	81.71
ส่วนสูงเฉลี่ยอายุ 14 ปี					
-ชาย	164	เซนติเมตร	-	-	-
-หญิง	157	เซนติเมตร			
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	ค่าคะแนน	ความหมาย/ ค่าคะแนน			
	1คะแนน	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วนน้อยกว่า ร้อยละ 50			
	2คะแนน	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 50.01-55.00			
	3คะแนน	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 55.01-60.00			
	4คะแนน	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ร้อยละ 60.01 -65.99			
	5คะแนน	เด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วนมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 66			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ				
	หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1				
	โทรศัพท์มือถือ : 081-965-5169				
	โทรสาร : 045-24191 E-mail : pew_69@hotmail.com				

	2. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-2731 โทรสาร : 045-241918 E-mail : srisukon_55@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 081-790-2731 โทรสาร : 045-241918 E-mail : srisukon_55@hotmail.com

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัด I 19 (R16)	ร้อยละประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง			
คำนิยาม	การคัดกรองโรคเบาหวาน หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยวิธีตรวจน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน การคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง การคัดกรองความดันโลหิตสูงโดยการวัดความดันโลหิต ในกลุ่มที่ยังไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
≥ร้อยละ 90	≥ร้อยละ 91	≥ร้อยละ 92	≥ร้อยละ 93	≥ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	ลดอัตราป่วยรายใหม่			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไปที่ยังไม่ป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (เป้าหมายอ้างอิงตาม 43 แฟ้มฯ Person type area 1,3)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยบริการบันทึกข้อมูลใน 43 แฟ้ม เมื่อมีการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง			
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล 43 แฟ้ม HDC			

รายการข้อมูล 1	A =จำนวนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Person type area 1,3 ที่ได้รับการตรวจคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง																						
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่ป่วยเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง Person type area 1,3 ทั้งหมด																						
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																						
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง																						
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :																							
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน																			
≥ร้อยละ 20		≥ร้อยละ 60		≥ร้อยละ 80																			
				รอบ 12 เดือน																			
				≥ร้อยละ 90																			
ปี 2561 – ปี 2564 :รอบ 12 เดือน																							
ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563																			
≥ร้อยละ 91		≥ร้อยละ 92		≥ร้อยละ 93																			
				ปี 2564																			
				≥ร้อยละ 95																			
เกณฑ์การให้คะแนน : (Ranking)		ประเมินตามผลการดำเนินงาน ณ รอบ 6 เดือน และ 12 เดือน																					
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน																		
		< 60%	60 - 69%	70 – 79%	80 – 89%																		
					≥90%																		
วิธีการประเมินผล :	จากข้อมูล 43 แฟ้มผ่าน HDC สนย.สธ.																						
เอกสารสนับสนุน :	Health data center สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์																						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วย วัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ</th></tr> <tr> <th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr> <tr> <td>คัดกรองเบาหวาน</td><td>ร้อยละ</td><td>65.23</td><td>80.47</td><td>89.55</td></tr> <tr> <td>คัดกรองความดันโลหิตสูง</td><td>ร้อยละ</td><td>66.47</td><td>82.74</td><td>92.32</td></tr> </table>					Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	คัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	65.23	80.47	89.55	คัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	66.47	82.74	92.32
Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ																					
		2557	2558	2559																			
คัดกรองเบาหวาน	ร้อยละ	65.23	80.47	89.55																			
คัดกรองความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	66.47	82.74	92.32																			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 092 –7185455 e-mail: yaowaluk_phokla@yahoo.co.th																						
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	โรงพยาบาลชุมชน , สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด																						
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD ระดับอำเภอ , จังหวัด																						

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 20 (PA , ตร. ,R17)	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน /ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)				
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปีข้างหน้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น หมายถึง การส่งผู้ที่ได้รับการ ประเมินและมีความเสี่ยงสูงมากเข้ารับการให้คำปรึกษาตามคลินิกบริการ ที่สอดคล้องกับความเสี่ยงอย่างเข้มข้น เช่น ให้คำปรึกษาเรื่องงดบุหรี่ การปรับ การรับประทานอาหาร ลดไขมัน ลดเกลือ เป็นต้น และติดตามอย่างใกล้ชิด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≥70%	≥80%	≥90%	≥100%	≥100%
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเสี่ยง ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type area 1 และ 3ที่มีผลการประเมิน CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับ 30% ทั้งหมดใน ปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม CVD Risk≥ 30%				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีผลการประเมิน CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับ 30% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นใน ปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีผลการประเมิน CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับ 30% ทั้งหมดในปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน :ปี 2560						
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		-	-	-	≥70%	
เกณฑ์การให้คะแนน : (Ranking)		ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ 4 โดยประเมินกระบวนการดำเนินงาน 5 ข้อ ดังนี้ 1. มีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และแยกระดับความเสี่ยงได้ 2. มีทะเบียน ผู้ป่วย DM HT ที่มีผลการประเมิน CVD Risk≥ 30% ระดับอำเภอ 3. มีกิจกรรม แผนงาน โครงการ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความเสี่ยงลดลง 4. มีบันทึกข้อมูลรายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ในกลุ่มที่มีผลการประเมิน CVD Risk≥ 30% 5. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีผลการประเมิน CVD Risk≥ 30%ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น≥ 70% คะแนนที่ให้ ประเมินตามการดำเนินงานในแต่ละข้อ ดังนี้				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
		ผ่าน 1 ข้อ	ผ่าน 2 ข้อ	ผ่าน 3 ข้อ	ผ่าน 4 ข้อ	ผ่านข้อ 5
วิธีการประเมินผล :		การรายงานผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มที่มีผลการประเมิน ≥ 30% เทียบกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :		- แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง - โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง(Thai CV Risk Score) - คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด		ร้อยละ		-	-	NA

	เลือด (CVD Risk) ที่มี ผลการประเมิน $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมแบบเข้มข้น				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นางเยาวลักษณ์ โภคละทวิพงศ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 092 -7185455 e-mail: yaowaluk_phokla@yahoo.co.th				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	รพช. รพท. รพศ. , สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพช. รพท. รพศ , จังหวัด				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 21 (R18)	ผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ที่มีผลการประเมิน $\geq 30\%$ ขึ้นไป ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น				
คำนิยาม	ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน 10 ปี ข้างหน้า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้น หมายถึง การส่งผู้ที่ได้รับการประเมินและมีความเสี่ยงสูงมากเข้ารับการให้คำปรึกษาตามคลินิกบริการที่สอดคล้องกับความเสี่ยงอย่างเข้มข้น เช่น ให้คำปรึกษาเรื่องงดบุหรี่ การปรับการรับประทานอาหาร ลดไขมัน ลดเกลือ เป็นต้น และติดตามอย่างใกล้ชิด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
$\geq 70\%$		$\geq 80\%$	$\geq 90\%$	$\geq 100\%$	$\geq 100\%$
วัตถุประสงค์	เพื่อลดความเสี่ยง ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ Type area 1 และ 3ที่มีผลการประเมิน CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับ 30% ทั้งหมดในปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่ม CVD Risk $\geq 30\%$				
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมของสถานบริการสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีผลการประเมิน CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับ 30% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเข้มข้นในปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีผลการประเมิน CVD Risk มากกว่าหรือเท่ากับ 30% ทั้งหมดในปีงบประมาณที่วิเคราะห์				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				

เกณฑ์การประเมิน :ปี 2560						
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
		-	-	-	≥70%	
เกณฑ์การให้คะแนน : (Ranking)		ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ 4 โดยประเมินกระบวนการดำเนินงาน 5 ข้อ ดังนี้ 1. มีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และแยกระดับความเสี่ยงได้ 2. มีทะเบียน ผู้ป่วย DM HT ที่มีผลการประเมิน CVD Risk≥ 30% ระดับอำเภอ 3. มีกิจกรรม แผนงาน โครงการ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีความเสี่ยงลดลง 4. มีบันทึกข้อมูลรายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น ในกลุ่มที่มีผลการประเมิน CVD Risk≥ 30% 5. ผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่มีผลการประเมิน CVD Risk≥ 30%ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแบบเข้มข้น≥ 70% คะแนนที่ให้ ประเมินตามการดำเนินงานในแต่ละข้อ ดังนี้				
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
		ผ่าน 1 ข้อ	ผ่าน 2 ข้อ	ผ่าน 3 ข้อ	ผ่าน 4 ข้อ	ผ่านข้อ 5
วิธีการประเมินผล :		การรายงานผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มที่มีผลการประเมิน ≥ 30% เทียบกับค่าเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :		- แนวทางการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง - โปรแกรมการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง(Thai CV Risk Score) - คู่มือการจัดบริการสุขภาพ “กลุ่มวัยทำงาน” แบบบูรณาการ 2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด		ร้อยละ		-	-	NA

	เลือด (CVD Risk) ที่มี ผลการประเมิน $\geq 30\%$ ได้รับการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมแบบเข้มข้น				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นางเยาวลักษณ์ โภคละทวิพงศ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 092 -7185455 e-mail: yaowaluk_phokla@yahoo.co.th				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	รพช. รพท. รพศ. , สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพช. รพท. รพศ. , จังหวัด				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 22 (R19)	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี				
คำนิยาม	การคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตาประจำปี หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตา โดยจักษุแพทย์ หรือคัดกรองด้วย Fundus Camera อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ผู้เป็นเบาหวานที่มีการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา หมายถึง ผู้เป็นเบาหวานที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 -E14 และมีรหัสหัตถการ Fundus Photograhpy : 9511 (ICD9CM), 9390141 (ICD9TM), Ophthalmoscope : 1621 (ICD9CM), 9390140 (ICD9TM)				
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2560 – 2564					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	60%	65%	70%	75%	80%
วัตถุประสงค์	ลดภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน				

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 -E14 ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบType area 1 และ 3 ได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา ตามช่วงเวลาที่กำหนด												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เป็นเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบType area 1 และ 3 และได้รับการตรวจจอประสาทตา อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามช่วงเวลาที่กำหนด												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้เป็นเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบType area 1 และ 3 ณ สิ้นเดือนกันยายนของปีที่ผ่านมา												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100												
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)												
เกณฑ์การประเมิน :													
ปี 2560 :													
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>10%</td><td>30%</td><td>50%</td><td>≥60%</td></tr></table>						รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	10%	30%	50%	≥60%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
10%	30%	50%	≥60%										
ปี 2561 – 2564 : รอบ 12 เดือน													
<table><tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr><tr><td>≥65%</td><td>≥70%</td><td>≥75%</td><td>≥80%</td></tr></table>						2561	2562	2563	2564	≥65%	≥70%	≥75%	≥80%
2561	2562	2563	2564										
≥65%	≥70%	≥75%	≥80%										
เกณฑ์ให้คะแนน : (Ranking)		ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ดำเนินงานได้ ดังนี้											
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน							
		< 45%	45 - 49%	50 – 54%	55 – 59%	≥60%							
วิธีการประเมินผล :		จาก 43 แฟ้ม HDC											
เอกสารสนับสนุน :		-											

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ				
	Baseline data	หน่วยวัด			
			2557	2558	2559
	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจจอประสาทตาประจำปี (จ.อุบลราชธานี)	ร้อยละ	79.28	67.78	59.02
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 092 -7185455 e-mail: yaowaluk_phokla@yahoo.co.th				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	รพศ. รพท. รพช. สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD สนง.สาธารณสุขอำเภอ , จังหวัด				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 23 (R20)	อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า				
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 -E14 ได้รับการตรวจเท้าเพื่อประเมินการรับรู้ความรู้สึกด้วย Monofilament อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง				
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2560 – 2564					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
60%		65%	70%	75%	80%
วัตถุประสงค์	ลดภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยเบาหวาน ที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 -E14 ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบType area 1 และ 3 ได้รับการตรวจเท้า ตามช่วงเวลาที่กำหนด				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม												
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC) cock pit chronic link												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เป็นเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบType area 1 และ 3 และได้รับการตรวจเท้า อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งตามช่วงเวลาที่กำหนด												
รายการข้อมูล 2	B : จำนวนผู้เป็นเบาหวาน ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบType area 1 และ 3 ณ สิ้นเดือนกันยายนของปีที่ผ่านมา												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100												
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)												
เกณฑ์การประเมิน: ปี 2560 :													
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>10%</td><td>30%</td><td>50%</td><td>≥60%</td></tr></table>						รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	10%	30%	50%	≥60%
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน										
10%	30%	50%	≥60%										
ปี 2561 – 2564 : รอบ 12 เดือน													
<table><tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr><tr><td>≥65%</td><td>≥70%</td><td>≥75%</td><td>≥80%</td></tr></table>						2561	2562	2563	2564	≥65%	≥70%	≥75%	≥80%
2561	2562	2563	2564										
≥65%	≥70%	≥75%	≥80%										
เกณฑ์ให้คะแนน :													
(Ranking)		ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ดำเนินงานได้ ดังนี้											
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน							
		< 45%	45 - 49%	50 – 54%	55 – 59%	≥60%							
วิธีการประเมินผล :		จาก 43 แฟ้ม HDC cock pit chronic link											
เอกสารสนับสนุน :		-											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ									
				2557	2558	2559							
		อัตราผู้ป่วยเบาหวานได้รับการตรวจเท้า	ร้อยละ	87.85	66.63	50.70							

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 092 -7185455 e-mail: yaowaluk_phokla@yahoo.co.th
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	รพศ. รพท. รพช. สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD สนง.สาธารณสุขอำเภอ , จังหวัด

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด 1.24 (R21)	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรอง CKD
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในสองข้อนี้ 1. ผู้ป่วยที่มีภาวะไตผิดปกติเรื้อรังติดต่อกันเกิน 3 เดือน ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจมีอาการของไต (GFR) ผิดปกติหรือไม่ก็ได้ 2. ผู้ป่วยที่มี eGFR น้อยกว่า 60 ml/min/1.72m² 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) ** โดยประเมินจากวันที่ตรวจในปีงบประมาณเท่านั้น หากมีการตรวจ LAB มากกว่าหนึ่งรายการ จะนับเป็นผลงานในไตรมาสที่วันที่ตรวจน้อยที่สุดเพียงครั้งเดียวเท่านั้น

เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2560 – 2564														
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ										
2560	2561	2562	2563	2564										
80%	85%	90%	90%	90%										
วัตถุประสงค์		ลดภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูง												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ผู้ป่วยเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3)												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม												
แหล่งข้อมูล		ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)												
รายการข้อมูล 1		A หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตรับผิดชอบ ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง												
รายการข้อมูล 2		B หมายถึง จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูง ที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตในเขตรับผิดชอบ ทั้งหมดที่รับบริการที่คลินิกบริการ												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) x 100												
ระยะเวลาประเมินผล		ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)												
เกณฑ์การประเมิน :														
ปี 2560 :														
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>10%</td><td>50%</td><td>60%</td><td>≥80%</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	10%	50%	60%	≥80%		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน											
10%	50%	60%	≥80%											
ปี 2561 – 2564 : รอบ 12 เดือน														
<table><tr><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr><tr><td>85%</td><td>90%</td><td>90%</td><td>90%</td></tr></table>					2561	2562	2563	2564	85%	90%	90%	90%		
2561	2562	2563	2564											
85%	90%	90%	90%											
เกณฑ์ให้คะแนน : (Ranking)		ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ดำเนินงานได้ดังนี้												
		<table><tr><td>1 คะแนน</td><td>2 คะแนน</td><td>3 คะแนน</td><td>4 คะแนน</td><td>5 คะแนน</td></tr><tr><td>< 50%</td><td>50 - 59%</td><td>60 – 69%</td><td>70 – 79%</td><td>≥80%</td></tr></table>			1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	< 50%	50 - 59%	60 – 69%	70 – 79%	≥80%
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน										
< 50%	50 - 59%	60 – 69%	70 – 79%	≥80%										
วิธีการประเมินผล :		จาก 43 แพ้ม HDC												

เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรอง CKD	ร้อยละ	NA	54.76	80.31
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 092 -7185455 e-mail: yaowaluk_phokla@yahoo.co.th				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	รพศ. รพท. รพช. สนง.สาธารณสุขอำเภอกาบัง , สนง.สาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD สนง.สาธารณสุขอำเภอกาบัง , จังหวัด				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 25 (R22)	ร้อยละสะสมความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปี ภายใน 5 ปี (พ.ศ.2558-2562)
คำนิยาม	กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง สตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิที่มีอายุ 30 - 60 ปี ในเขตรับผิดชอบ การตรวจปากมดลูก หมายถึง การตรวจทั้งโดยวิธี Pap Smear และ VIA - Pap Smear หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา - VIA (Visual Inspection with Acetic acid) หมายถึง วิธีคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้น้ำส้มสายชูชนิดเจือจางป้ายที่บริเวณปากมดลูกทิ้งไว้ 1 นาที

	น้ำส้มสายชูจะไปทำปฏิกิริยากับเนื้อเยื่อที่ผิดปกติของปากมดลูกให้เห็นเป็นฝ้าขาว ขอบเขตชัดเจนและตำแหน่งแน่นอน สามารถมองเห็นด้วยตาเปล่า ซึ่งไม่ได้หมายความว่า เป็นมะเร็งแต่ถ้าปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษาอาจกลายเป็นมะเร็งได้ ซึ่งเหมาะสำหรับในการคัดกรองสำหรับสตรีอายุ 30-45ปี			
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2560 – 2562 (กำหนดระยะ 5 ปี ใน 1 รอบ ปี 58 – 62)				
		ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62
		60%	80%	85%
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุม/การเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของ หญิงไทยทุกสิทธิที่มีอายุ 30 - 60 ปี			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิอายุ 30-60 ปี Type area 1,3			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC) , cockpit			
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีอายุ 30-60 ปีทุกสิทธิ (ใน B) ที่ได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกรายใหม่สะสม ตั้งแต่ปี 2558 -2560			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิอายุ 30-60 ปี			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)			
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :				
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน
		40%	45%	50%
				≥60%
ปี 2561-2562 :รอบ 12 เดือน				
		ปี 2561	ปี 2562	
		80%	>85%	
เกณฑ์ให้คะแนน : (Ranking)	ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ดำเนินงานได้ ดังนี้			
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน
		4 คะแนน	5 คะแนน	
		< 45%	45 - 49%	50 – 54%
			55 – 59%	≥60%
วิธีการประเมินผล :	จาก 43 แฟ้ม HDC			

เอกสารสนับสนุน :	-				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรี 30-60 ปีภายใน 5 ปี	ร้อยละ	NA	21.39	46.37
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: Alisuphan@hotmail.com นางสาวภูริดา พลศักดิ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 e-mail: ncdssjubon@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	รพศ. รพท. รพช. สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งสนง.สาธารณสุขอำเภอ , จังหวัด				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด 1.26	ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี 30-70 ปี				
คำนิยาม	ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม หมายถึง สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อพบผิดปกติได้รับการตรวจโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2560 – 2564					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
80%		85%	90%	90%	90%
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมของหญิงไทยทุกสิทธิ ที่มีอายุ 30 - 70 ปี				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิอายุ 30-70 ปี Type area 1,3				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC) cock pit chronic link				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนสตรีอายุ 30-70 ปีทุกสิทธิ ที่ได้รับการตรวจมะเร็งเต้านม				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนสตรีสัญชาติไทยทุกสิทธิอายุ 30-70 ปี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
20%		60%		70%	
				$\geq 80\%$	
ปี 2561 – 2564 : รอบ 12 เดือน					
ปี 2561		ปี 2562		ปี 2563	
85%		90%		90%	
				90%	
วิธีการประเมินผล :	จาก 43 แฟ้ม HDC cock pit chronic link				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละความครอบคลุมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมในสตรี 30-70 ปี	ร้อยละ	23.78	39.88	77.33
	ที่มา HDC กสธ.				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: ncdssjubon@gmail.com นางสาวภูริดา พลศักดิ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 e-mail: ncdssjubon@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	รพศ. รพท. รพช. สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งสนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 27 (R23)	ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดี				
คำนิยาม	การคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดี เป็นการคัดกรองด้วยวิธีการตรวจอัลตราซาวด์กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเสี่ยง หมายถึง ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไป (person 1,3) ที่มีประวัติดังต่อไปนี้อย่างน้อย 1 ข้อ คือ 1. มีประวัติการตรวจจูงจากระบบไขพยาธิใบไม้ตับ (OV+) 2. มีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติป่วยหรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี 3. มีประวัติป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบี 4. เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง				
เกณฑ์เป้าหมาย : ปี 2560 – 2564					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	80%	85%	90%	90%	90%
วัตถุประสงค์	ค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี เพื่อเข้ารับการรักษา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ 40 ปี ขึ้นไปที่ - มีประวัติการตรวจจูงจากระบบไขพยาธิใบไม้ตับ (OV+) - มีบุคคลในครอบครัวที่มีประวัติป่วยหรือเสียชีวิตด้วยมะเร็งตับหรือมะเร็งท่อน้ำดี - มีประวัติป่วยเป็น ไวรัสตับอักเสบบี - เป็นผู้ป่วยกลุ่มพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตับแข็ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จัดเก็บข้อมูลตามแบบ CCA01,CCA02 โดยการบันทึกข้อมูล ผ่าน ระบบ CASCAP หรือIsan cohort มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี 2. สรุปผลการดำเนินงาน ราย เดือน				
แหล่งข้อมูล	1. ระบบ CASCAP มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี 2. จากแบบสรุปผลการดำเนินงานรายอำเภอ				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการตรวจอัลตราซาวด์ฯ				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนกลุ่มเสี่ยงทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				

ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	
10%		60%		70%	
				≥80%	
ปี 2561 – 2564 : รอบ 12 เดือน					
ปี2561		ปี2562		ปี2563	
85%		90%		90%	
				90%	
เกณฑ์ให้คะแนน : (Ranking)		ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ดำเนินงานได้ ดังนี้			
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
		< 50%	50 - 59%	60 – 69%	70 – 79%
					≥80%
วิธีการประเมินผล :		1 ระบบ CASCAP มูลนิธิมะเร็งท่อน้ำดี 2 จากแบบสรุปผลการดำเนินงานรายอำเภอ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ	
				2557	2558
				2559	
		ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองมะเร็งตับและท่อน้ำดีด้วย วิธีอัลตราซาวด์	ร้อยละ	88.41	71.21
				86.04	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: ncdssjubon@gmail.com นางสาวภูริดา พลศักดิ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 e-mail: ncdssjubon@gmail.com			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		รพศ. รพท. รพช. สนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน		ผู้รับผิดชอบงานมะเร็งสนง.สาธารณสุขอำเภอ , สนง.สาธารณสุขจังหวัด			

เป้าประสงค์ที่ G5		ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัด I 28 (R24)		ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 0-12 ปีฟันดีไม่มีผุ (cavity free)			
คำนิยาม		กลุ่มอายุ 0-12 ปี หมายถึง กลุ่มเด็กเล็กปฐมวัยและนักเรียนประถมศึกษาทั้งที่ปกติและมีความพิการ ฟันดีไม่มีผุ หมายถึง ผู้ที่มีฟันน้ำนมหรือฟันแท้ในช่องปากที่ปกติหรือผุ และได้รับการรักษาแล้วโดยไม่มีความจำเป็นต้องอุดถอนรักษาลงรากฟันหรือบูรณะอื่นใดอีก			
เกณฑ์เป้าหมาย :					
กลุ่มอายุ	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
12 ปี	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58	ร้อยละ 60
วัตถุประสงค์		เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้ในเด็กอายุ 12 ปี			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		เด็กกลุ่มอายุ 12 ปี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		บันทึกข้อมูลในแฟ้ม Procedure และ Dental ในฐานข้อมูล43 แฟ้ม,สำรวจสถานะ			
แหล่งข้อมูล		1. ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม จังหวัดอุบลราชธานี, รายงาน HDC 2. การสำรวจสถานะทันตสุขภาพ (ท.02)			
รายการข้อมูล 1		A= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ปราศจากฟันผุ (Caries free) และจำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีที่ได้รับการอุดฟันและไม่มีฟันผุหรือฟันแท้ถูกถอน			
รายการข้อมูล 2		B= จำนวนเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีทั้งจังหวัด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		ร้อยละเด็กกลุ่มอายุ 12 ปีฟันดีไม่มีผุ = (A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล		รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน : เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้ง(6 เดือนติดตามกิจกรรมดำเนินการ)					
ปี 2560 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		-	-	-	52
ปี 2561 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		-	-	-	54

ปี 2562 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-		-		-	56	
ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-		-		-	58	
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
-		-		-	60	
เกณฑ์การให้คะแนน : เป็นข้อมูลสถานะที่มีการสำรวจปีละครั้งจึงประเมินครั้งเดียว (6 เดือนติดตามกิจกรรมดำเนินการ) A : Caries free จะต้องไม่ต่ำกว่าค่าพื้นฐาน (Base line) (ต.ค.59-มี.ค.60) ร้อยละเด็ก 0-12 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม						
1 คะแนน		2คะแนน		3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
ร้อยละ10		ร้อยละ15		ร้อยละ20	ร้อยละ25	ร้อยละ30
(เม.ย.60-ก.ย.60) ร้อยละเด็ก 0-12 ปี ฟันดีไม่มีผุ (cavity free)						
1 คะแนน		2คะแนน		3 คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
ร้อยละ44		ร้อยละ46		ร้อยละ48	ร้อยละ50	ร้อยละ52
วิธีการประเมินผล :		รายงานระบบ HDC รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ (ท.02)				
เอกสารสนับสนุน :		1.รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพ (ท.02) จังหวัดอุบลราชธานี 2.รายงานการสำรวจสถานะทันตสุขภาพแห่งชาติทุก 5 ปี โดยสำนักทันตสาธารณสุข				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการการสำรวจสถานะทันตสุขภาพจังหวัดอุบลฯ		
				2557	2558	2559
		กลุ่มอายุ 12 ปี ไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	46.29	56.29	55.09

	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ แห่งชาติ		
			2544	2550	2555
	กลุ่มอายุ 12 ปี ไม่มีฟันผุ	ร้อยละ	N/A	47.0	49.4
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045262692 ต่อ1110 โทรศัพท์มือถือ : 0818773764 โทรสาร: 0 4524 1918 E-mail : namphet09@hotmail.com กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำ ข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการ ดำเนินงาน	นางน้ำเพชร ตั้งยิ่งยง โทรศัพท์ที่ทำงาน: 045262692 ต่อ1110 โทรศัพท์มือถือ : 0818773764 โทรสาร: 0 4524 1918 E-mail : namphet09@hotmail.com กลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัด 1 29	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก			
คำนิยาม	1. รพ.สต./ศสม. จัดบริการสุขภาพช่องปากอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน 2. การจัดบริการสุขภาพช่องปาก หมายถึง การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ 5 กลุ่มเป้าหมาย 14 กิจกรรม คือ 1) คลินิกฝากครรภ์ (ANC) คือ 1.1หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 1.2 บริการชุดหินน้ำลายและ อุดฟัน 1.3 บริการฝึกแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ และ plaque control 2) คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี (WCC) 2.1 มีการตรวจช่องปาก 2.2 การฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันแบบลงมือปฏิบัติ 2.3 เด็กได้รับการทาฟลูออไรด์วานิช 3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 3.1 เด็กทุกคนได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก 3.2 เด็กกลุ่มเสี่ยงได้รับการทาฟลูออไรด์วานิชอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง 3.3 ร้อยละเด็กอายุ 0-5 ปี ได้รับการบริการทันตกรรม 4) โรงเรียนประถมศึกษา 4.3 นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก 4.2 นักเรียนประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 4.1 การให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษา 5) กลุ่มผู้สูงอายุ 5.1ผู้ป่วยเบาหวานได้ตรวจคัดกรองสุขภาพช่องปาก 5.2 การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง 3.จัดบริการสุขภาพช่องปากที่ครอบคลุมประชากร 200 คนต่อ 1,000 ประชากร			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50	ร้อยละ 52	ร้อยละ 54	ร้อยละ 56	ร้อยละ 58

วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี 2. เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในแฟ้มบริการพื้นฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก
รายการข้อมูล 2	B = หน่วยบริการปฐมภูมิทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละหน่วยบริการปฐมภูมิจัดบริการสุขภาพช่องปาก = $(A \times B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 4 ครั้ง

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
12.5	25	37.5	50

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
13	26	39	52

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
13.5	27	40.5	54

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
14	28	42	56

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
14.5	29	43.5	58

เกณฑ์การให้คะแนน :

(ต.ค59 – มี.ค60)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
5	10	15	20	25

เม.ย60 – ก.ย60)

ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
10	20	30	40	50

วิธีการประเมินผล :

จากจำนวนหน่วยบริการที่จัดบริการสุขภาพช่องปาก

เอกสารสนับสนุน :	รายงานการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ ท.02
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง โทร. 081 8773764 E-mail : namphet09@hotmail.com นางเพ็ญศรี สมชัย โทร. 081 3903074 E-mail : Pensri_som@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายจักรพันธ์ บุญส่ง โทร.081 879 3750 E-mail : jboonsong@windowlive.com

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัด 130	ร้อยละประชาชนเข้าถึงบริการทันตกรรม (คน)			
คำนิยาม	เข้าถึงบริการทันตกรรม หมายถึง ประชาชนในเขตรับผิดชอบ(คน) ได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ป้องกันโรค และรักษาโรคในช่องปาก ตามความจำเป็น ด้านส่งเสริมสุขภาพ เช่น การตรวจ/วางแผนบริการร่วมกับผู้รับบริการ และ ให้คำแนะนำเป็นการเฉพาะรายบุคคล ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพช่องปาก ตนเอง และการขัดทำความสะอาดฟัน ด้านป้องกันโรค เช่น ทาฟันด้วยฟลูออไรด์วาร์นิช เคลือบหลุมร่องฟัน ขูดหินน้ำลายเหนือเหงือก และการเคลือบฟลูออไรด์ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ต่อโรคฟันผุ ด้านรักษา เช่น อุดฟัน ขูดหินน้ำลาย และถอนฟัน ด้านฟื้นฟู เช่น ใส่ฟันเทียม/รากฟันเทียม			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50
อ้างอิง แผนแม่บท Service plan สาขาสุขภาพช่องปาก (16 มีนาคม 2559)				
วัตถุประสงค์	1. เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพช่องปากของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี 2. เพื่อควบคุมโรคในช่องปากและลดการสูญเสียฟันแท้			

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนในเขตรับผิดชอบหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข										
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในแฟ้มบริการในฐานข้อมูล 43 แฟ้ม										
แหล่งข้อมูล	รายงานอัตรา (ร้อยละ) การใช้บริการทันตกรรมทุกสิทธิ เฉพาะเขตรับผิดชอบ (คน)(ใช้แบบความครอบคลุม) ในระบบ HDC										
รายการข้อมูล 1	A = ประชาชนในเขตรับผิดชอบที่ได้รับบริการทันตกรรม										
รายการข้อมูล 2	B = ประชาชนในเขตรับผิดชอบทั้งหมด										
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A x B) x 100										
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 4 ครั้ง										
เกณฑ์การประเมิน :ปี 2560:											
	<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>10</td><td>20</td><td>30</td><td>40</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	10	20	30	40		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
10	20	30	40								
ปี 2561:											
	<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>15</td><td>25</td><td>35</td><td>45</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	15	25	35	45		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
15	25	35	45								
ปี 2562:											
	<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	20	30	40	50		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
20	30	40	50								
ปี 2563:											
	<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	20	30	40	50		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
20	30	40	50								
ปี 2564:											
	<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>20</td><td>30</td><td>40</td><td>50</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	20	30	40	50		
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน								
20	30	40	50								
เกณฑ์การให้คะแนน(ต.ค59 – มี.ค60)											
	<table><tr><td>ระดับ 1</td><td>ระดับ 2</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 5</td></tr><tr><td>5</td><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td></tr></table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	5	10	15	20	25
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
5	10	15	20	25							
เม.ย60 – ก.ย60)											
	<table><tr><td>ระดับ 1</td><td>ระดับ 2</td><td>ระดับ 3</td><td>ระดับ 4</td><td>ระดับ 5</td></tr><tr><td>20</td><td>25</td><td>30</td><td>35</td><td>40</td></tr></table>	ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5	20	25	30	35	40
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5							
20	25	30	35	40							
วิธีการประเมินผล :	รายงานในระบบ HDC										
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการใช้งานระบบ HDC										

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ทพญ.น้ำเพชร ตั้งยิ่งยง โทร. 081 8773764 E-mail : namphet09@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานทันตสาธารณสุข
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายจักรพันธ์ บุญส่ง โทร.081 879 3750 E-mail : jboonsong@windowslive.com

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด 131	ร้อยละของโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไปมีการจัดบริการเวชกรรม สิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
คำนิยาม	การจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หมายถึง โรงพยาบาลมีระบบ การบริการดูแลสุขภาพผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับผลกระทบจากมลพิษ สิ่งแวดล้อม โดยมีกิจกรรม การประเมินความเสี่ยง การสื่อสารความเสี่ยง การเฝ้าระวัง การตรวจสุขภาพ การวินิจฉัย การรักษา รวมถึงการพัฒนา เครือข่าย ด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จัดบริการอาชีวอนามัย หมายถึง การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเฝ้าระวังสุขภาพ ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการ และแรงงาน นอกกระบบ แรงงานในชุมชน เมื่อพบว่ามีความเสี่ยง ให้มีการรักษา หรือส่งต่อ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 100
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ. 1 แห่ง / รพท. 3 แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทีมจังหวัดออกการประเมินการจัดบริการ
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
รายการข้อมูลที่ 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูลที่ 2	B : จำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A/B \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน 12 เดือน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	25%	50%	75%
เกณฑ์การประเมิน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ประเมินตนเองตามแบบประเมิน มีการจัดบริการ มีแผนการดำเนินงาน	มีการจัดบริการ มีการดำเนินงานตามแผน	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีการจัดบริการ มีการดำเนินงานตามแผน	ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้นไป มีการจัดบริการ มีการดำเนินงานตามแผน		
เงื่อนไขความสำเร็จ					
วิธีการประเมินผล	ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐาน คณะกรรมการตรวจประเมิน				
เอกสารสนับสนุน	-				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นางจุฬาร คำรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางจุฬาร คำรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อมมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด 1.32	ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขมีการจัดบริการอาชีวอนามัยได้มาตรฐานระดับพื้นฐาน
คำนิยาม	จัดบริการอาชีวอนามัย หมายถึง การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และเฝ้าระวังสุขภาพ ในกลุ่มผู้ใช้แรงงานในสถานประกอบการ และแรงงานนอกระบบ แรงงานในชุมชน เมื่อพบว่ามีภาวะเสี่ยง ให้มีการรักษาหรือส่งต่อ
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 10 (รพช.ร้อยละ 10 / รพ.สต. ร้อยละ 10)
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพช. 22 แห่ง / รพ.สต. 317 แห่ง

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินการจัดบริการอาชีวอนามัย สุ่มประเมินจากการนิเทศงาน				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				
รายการข้อมูลที่ 1	A1 : จำนวน รพช.ที่ผ่านเกณฑ์ A2 : จำนวน รพ.สต.ที่ผ่านเกณฑ์				
รายการข้อมูลที่ 2	B1 : จำนวน รพช.ทั้งหมด B2 : จำนวน รพ.สต.ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A 1/B1*100 และ A2/B2*100				
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน 12 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		รพช. ร้อยละ	NA	1.9%	-
		รพ.สต. ร้อยละ	NA-		
เกณฑ์การประเมิน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
รพช./รพ.สต.ประเมินตนเองตามแบบประเมิน มีการจัดบริการ มีแผนการดำเนินงาน อาชีวอนามัย	รพช./รพ.สต.ประเมินตนเองตามแบบประเมิน ครอบคลุมแห่ง มีการจัดบริการ มีการดำเนินงานตามแผน	รพช./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 5 มีการจัดบริการ มีการดำเนินงานตามแผน	รพช./รพ.สต.ผ่านเกณฑ์ ระดับพื้นฐาน ร้อยละ 10 มีการจัดบริการ มีการดำเนินงานตามแผน		
เงื่อนไขความสำเร็จ -					
วิธีการประเมินผล	ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย ใน รพ. ประเมินตนเองตามเกณฑ์มาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย ใน รพ.สต. สุ่มประเมิน				
เอกสารสนับสนุน	-				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นางจุฬาร คำรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางจุฬาร คำรัตน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ				

เป้าประสงค์ที่ G5	ระบบส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค และการจัดการสิ่งแวดล้อม มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 33 (R25)	ร้อยละของหมู่บ้านได้รับการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในชุมชน				
คำนิยาม	การเฝ้าระวังคุณภาพน้ำบริโภคในชุมชน หมายถึง การตรวจคุณภาพน้ำบริโภค ทั้งด้านกายภาพ เคมี โลหะหนัก และแบคทีเรีย หรือ การตรวจภาคสนาม ด้านน้ำยา อ.11 หรือ อ.13 และตรวจสอบสารคลอรีนอิสระคงเหลือ เป็นประจำ ทุกเดือน โดยเก็บตัวอย่าง อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง(ต้นท่อ ปลายท่อ) การให้คำแนะนำ ในการปรับปรุง คุณภาพน้ำ				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หมู่บ้านทั้งหมดที่ใช้น้ำจากระบบประปา (ประปาหมู่บ้าน ประปา อบต. ประปาภูมิภาค และประปาอื่นที่มีการบริการ)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				
รายการข้อมูลที่ 1	A1 : จำนวนหมู่บ้านที่ได้รับการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำ				
รายการข้อมูลที่ 2	B1 : จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A 1/B1*100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	NA	NA	NA
เกณฑ์การประเมิน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
มีการสำรวจชุมชนที่ใช้ น้ำประปา จัดทำฐานข้อมูล น้ำบริโภคในชุมชน ทำแผนการตรวจเฝ้าระวัง	มีการตรวจเฝ้าระวัง อย่างน้อย 1 ครั้ง ครอบคลุม ร้อยละ 50 ให้คำแนะนำ หากผลการ ตรวจเป็นบวก ให้ปรับปรุง และตรวจซ้ำ	มีการสรุปรายงานผลการ การเฝ้าระวัง เฝ้าระวังครอบคลุม ร้อยละ 75 ของชุมชนในพื้นที่	มีการสรุปรายงานผลการ การเฝ้าระวัง เฝ้าระวังครอบคลุม คลุมร้อยละ 100 ของชุมชนในพื้นที่		
เงื่อนไขความสำเร็จ -					

วิธีการประเมินผล Ranking ขั้นตอนละ 1 คะแนน	ขั้นตอน	กิจกรรมการดำเนินงาน/ เกณฑ์
	1คะแนน	มีการสำรวจชุมชนที่ใช้น้ำประปาจัดทำฐานข้อมูลน้ำบริโภคในชุมชน ทำแผนการตรวจเฝ้าระวัง
	2คะแนน	มีการตรวจเฝ้าระวัง อย่างน้อย 1 ครั้ง ครอบคลุมร้อยละ 30
	3คะแนน	มีการตรวจเฝ้าระวัง อย่างน้อย 1 ครั้ง ครอบคลุมร้อยละ 50
	4คะแนน	มีการตรวจเฝ้าระวัง อย่างน้อย 1 ครั้ง ครอบคลุมร้อยละ 75
	5คะแนน	มีการตรวจเฝ้าระวัง อย่างน้อย 1 ครั้ง ครอบคลุมร้อยละ 100
เอกสารสนับสนุน	-	
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย โทร. 089-722-8810 นายณัฐกร พลเขต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 099-428-2566	
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายณัฐกร พลเขต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 099-428-2566	

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพและการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 34	ร้อยละการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตสุขภาพลดลง				
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 4 สาขา (สาขาโรคหัวใจ,สาขาโรคมะเร็ง,สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และสาขาทารกแรกเกิด) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่าที่ตั้งอยู่นอกเขตสุขภาพ ของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ(การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)				
เกณฑ์เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ลดลงร้อยละ 10		ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลรักษาพยาบาลและการส่งต่อที่เหมาะสม				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.ระดับทุติยภูมิ ตติยภูมิ ทุกแห่ง ในจังหวัด/เขตสุขภาพ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จังหวัดและเขตสุขภาพจัดเก็บข้อมูล และส่งเข้า HDC กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	HDC กระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2559				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วย 4 สาขา ที่ส่งต่อออกนอกเขตสุขภาพรายไตรมาสปี 2560				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A-B)/A x 100 (โดยเปรียบเทียบในช่วงเวลา 3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน และ12 เดือน)				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอน 1 - 3		ขั้นตอน 1 – 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	
ปี 2561 :					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ขั้นตอน 1 - 3		ขั้นตอน 1 – 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10	

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอน 1 - 3	ขั้นตอน 1 - 5	ขั้นตอน 1 - 5	ลดลงร้อยละ 10

วิธีการประเมินผล :

ขั้นตอน 1) ศูนย์ประสานการส่งต่อ(ศสจ.) ระดับจังหวัด/เขต มีการทำบทบาทหน้าที่ในการประสานงาน รับส่งต่อผู้ป่วยตามแนวทางพัฒนาระบบส่งต่อ

ขั้นตอน 2) มีการจัดทำระบบข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยสาขาที่เป็นปัญหา เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและแก้ไขปัญหา

ขั้นตอน 3) มีการจัดทำเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญและจัดทำระบบการส่งต่อ สาขาที่มีการส่งต่อผู้ป่วยจำนวนมาก และเป็นปัญหาของจังหวัด/เขต ที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ Service Plan เพื่อแก้ไขปัญหาการส่งต่อ

ขั้นตอน 4) มีการติดตามผลและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน การส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขตเพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหาในเครือข่าย

ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วยระดับจังหวัด/เขต ตามแบบบันทึกข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยนอกนอกเขตสุขภาพ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	ร้อยละการส่งต่อ นอกเขตปีที่ผ่านมา	ร้อยละ	-	56.42	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

-เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

-นางสุภาภรณ์ อดุมัง โทรศัพท์ 089-8449962

-นางปริตา วรากรโอฟาร โทรศัพท์ 099-2688599

หน่วยงานประมวลผล
และจัดทำข้อมูล

-โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน

-กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สสจ.อุบลราชธานี

ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	-นางสุภาภรณ์อุตมั่ง โทรศัพท์ 089-8449962 -นางปริดา วรากรโอฟารE-mail: mai.j4959@gmail.com

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ			
ตัวชี้วัด 135	ร้อยละของการส่งต่อผู้ป่วย 5 สาขาลักจาก รพช.แม่ข่าย (M2) ไปที่รพศ./รพท.ลดลง			
คำนิยาม	การส่งต่อผู้ป่วยในเขตสุขภาพ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วย 5 สาขา(สาขา Apendectomy,Caesareansection,Non displaced fracture,Sepsis,On respiratory) เพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า(รพศ./รพท)ที่ตั้งอยู่ในจังหวัดของตนเอง ได้แก่ กรณี 1) เพื่อการวินิจฉัย และการรักษา 2) เพื่อการวินิจฉัย 3) เพื่อการรักษาต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการปลายทางนั้นๆ (การส่งต่อรวมทั้งฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินและทุกสิทธิการรักษา)			
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วย 5 สาขาลักไปรพศ./รพท.ปี 2560			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A-B)/A \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	รายไตรมาส			
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
			2558	2559
	ร้อยละการส่งต่อในเขต ปีที่ผ่านมา	ร้อยละ	-	24.16

เกณฑ์เป้าหมาย: ลดลงร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10	ลดลงร้อยละ 10
เกณฑ์การประเมิน					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	ขั้นตอนที่ 1-2	ขั้นตอนที่ 1-3	ขั้นตอนที่ 1-4	ขั้นตอน 1-5	
ขั้นตอน 1) มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ 5 สาขาหลักระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อทำบทบาทหน้าที่ในการกำหนดกรอบและแนวทางพัฒนาระบบบริการ 5 สาขาหลัก ขั้นตอน 2) มีการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการ 5 สาขาหลักรพช.แม่ข่ายระดับ M2 ขั้นตอน 3) มีระบบสนับสนุนทรัพยากร คน เงิน ของ เพื่อพัฒนาศักยภาพ รพช.แม่ข่ายระดับ M2และกำกับติดตามผลการพัฒนา ขั้นตอน 4) มีการจัดทำข้อมูลผู้เชี่ยวชาญ และเครือข่ายผู้เชี่ยวชาญในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัด/เขตสุขภาพ ขั้นตอน 5) สรุปและรายงานผลการส่งต่อผู้ป่วย 5 สาขาหลัก ไปรพศ./รพท. แก่จังหวัด/เขต/ส่วนกลาง					
วิธีการประเมินผล		การนิเทศงาน / ข้อมูล HDC / โปรแกรม Refer Link			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		-เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ -นางสุภาภรณ์อุตมั่ง โทรศัพท์ 089-8449962 -นางปริดา วรากรโอฟาร์ โทรศัพท์ 099-2688599			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล		-โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน -กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน		-นางสุภาภรณ์อุตมั่ง โทรศัพท์ 089-8449962 -นางปริดา วรากรโอฟาร์ โทรศัพท์ 099-2688599 E-mail: mai.j4959@gmail.com			

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพและการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ																		
ตัวชี้วัด 136 (ตร.,R26)	ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้																		
คำนิยาม	ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD10 = E10 - E14 และ Type area = 1 หรือ 3 หมายเหตุ: ค่าเป้าหมายการควบคุมน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ให้ใช้ตามแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมเข้มงวดมาก ควบคุมเข้มงวด และควบคุมไม่เข้มงวด แต่ในการวัดค่าเป้าหมายปี 2559 ให้ใช้แบบเดิม เพื่อเปรียบเทียบกับปีที่ผ่านมา สำหรับในปี 2560 อาจมีการปรับเปลี่ยนตามมาตรฐานแนวปฏิบัติ ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต 2 ครั้งสุดท้าย (SBP/DBP) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I10 - I15 และ Type area = 1 หรือ 3																		
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถควบคุมได้																			
<table><tr><td>ปีงบประมาณ</td><td>เบาหวาน</td><td>ความดันโลหิตสูง</td></tr><tr><td>2560</td><td>≥40%</td><td>≥50%</td></tr><tr><td>2561</td><td>≥40%</td><td>≥50%</td></tr><tr><td>2562</td><td>≥40%</td><td>≥50%</td></tr><tr><td>2563</td><td>≥40%</td><td>≥50%</td></tr><tr><td>2564</td><td>≥40%</td><td>≥50%</td></tr></table>		ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง	2560	≥40%	≥50%	2561	≥40%	≥50%	2562	≥40%	≥50%	2563	≥40%	≥50%	2564	≥40%	≥50%
ปีงบประมาณ	เบาหวาน	ความดันโลหิตสูง																	
2560	≥40%	≥50%																	
2561	≥40%	≥50%																	
2562	≥40%	≥50%																	
2563	≥40%	≥50%																	
2564	≥40%	≥50%																	
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี 2. เพื่อให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี																		

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเปียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิกบริการ เครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3) 2. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเปียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบในคลินิก บริการเครือข่ายทั้งหมด (Type area 1,3)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการและส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ข้อมูล 43 แพ้ม
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลระดับจังหวัด (HDC)
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเปียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเปียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	C = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเปียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมดที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	D = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเปียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ในคลินิกบริการเครือข่ายทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (เบาหวาน)	$(A/B) \times 100$
สูตรคำนวณตัวชี้วัด (ความดันโลหิตสูง)	$(C/D) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (เมื่อสิ้นไตรมาสที่ 4)

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	$\geq 40\%$
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	$\geq 50\%$

ปี 2561 :

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	$\geq 40\%$
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	$\geq 50\%$

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	≥40%
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	≥50%

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	≥40%
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	≥50%

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
เบาหวาน	-	-	-	≥40%
ความดันโลหิตสูง	-	-	-	≥50%

เกณฑ์ให้คะแนน :

(Ranking)

ควบคุมเบาหวานได้

< 10%	10 - 19%	20 – 29%	30 – 39%	≥40%
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน

ควบคุมความดันได้

< 20%	20 - 29%	30 – 39%	40 – 49%	≥50%
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน

วิธีการประเมินผล :

1. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี
2. วัดผลลัพธ์จากรายงานตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตได้ดี

เอกสารสนับสนุน :

1. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวานปี 2557
2. คู่มือการจัดบริการสุขภาพกลุ่มวัยทำงานแบบบูรณาการ 2558
3. แนวทางการรักษาการโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป ฉบับปรับปรุง 2558

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานคุมน้ำตาลได้ดี	ร้อยละ	20.49	25.18	26.49
	ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงคุมความดันได้ดี	ร้อยละ	19.54	25.61	27.06
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: ncdssjubon@gmail.com นางเยาวลักษณ์ โภคละทวีพงศ์ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 092 -7185455 e-mail: yaowaluk_phokla@yahoo.co.th				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	รพศ. รพท. รพช. สนง.สาธารณสุขอำเภอ, สนง.สาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD สนง.สาธารณสุขอำเภอ, สนง.สาธารณสุขจังหวัด				

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพและการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด 137 (PA , ตร. ,R27)	ร้อยละของผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลงของeGFR<4 ml/min/1.73m ² /yr
คำนิยาม	Egfr หมายถึง ค่าประมาณอัตราการกรองของไตที่คำนวณจาก serum creatinineที่ตรวจโดยวิธี enzymatic methodและคำนวณโดยใช้สมการ CKD-EPI - ผู้ป่วย CKD จะเก็บข้อเฉพาะผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4 เท่านั้น หมายถึง ผู้ป่วยที่มีรหัสโรคเป็น N183-184, (N189 ที่มี 60 >eGFR≥15) หรือ (E102, E112, E122, E132, E142 หรือ I12*, I13*, I151) ที่มี 60 >eGFR≥15) และมีการตรวจคำนวณeGFR(LABTEST 15) ≥ 2 ค่า หากมีค่าeGFR 1 ค่าใน 1 ปีจะไม่ประเมิน KPI ข้อนี้และสัญญาติไทย (File PERSON: สัญชาติไทยรหัส 099) เท่านั้น

เกณฑ์เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 50 เมื่อสิ้นปีงบประมาณ 2559				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
≥65%	≥66%	≥67%	≥68%	≥69%
วัตถุประสงค์		เพื่อชะลอความเสื่อมไตในผู้ป่วย CKD		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ผู้ป่วย CKD ระยะที่ 3-4		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		- เก็บทันที (real time แบบอัตโนมัติจากฐานข้อมูล 43 แฟ้ม) (ใช้ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุขเป็นหลัก) - การคำนวณการเปลี่ยนแปลงeGFRต้องมีcreatinine≥ 2 ค่าในปีงบประมาณนั้นๆ - หน่วยที่ใช้ในการวัดเป็นร้อยละ		
แหล่งข้อมูล		HDC กระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ที่มีอัตราการลดลงของeGFR< 4 ml/min/1.73 m2/yr x 100		
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล		ตามรอบการตรวจราชการปกติ		
เกณฑ์การประเมิน :				
ปี 2560 :				
รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน		
1. มีการตรวจ Serum Cr. ด้วย Enzymatic method > 90% ของ รพ.ระดับ F3 ขึ้นไป		1.มีการตรวจ Serum Cr. ด้วย Enzymatic method > 90% ของ รพ.ระดับ F2 ขึ้นไป 2.ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR < 4 ml/min/1.73 m2/yr≥65%		
ปี 2561 – 2564 : รอบ 12 เดือน ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR< 4 ml/min/1.73 m2/yr				
2561	2562	2563	2564	
≥66%	≥67%	≥68%	≥69%	

เกณฑ์การให้คะแนน : (Ranking)	ประเมินผลให้คะแนนในไตรมาสที่ 2 และ ไตรมาสที่ 4 ตามผลงานที่ดำเนินงานได้ ดังนี้ 1. การตรวจมีการตรวจ Serum Cr. ด้วย Enzymatic method > 90% ของ รพ.ระดับ F3 ขึ้นไป <table border="1" data-bbox="616 472 1509 591"> <tr> <td>< 60%</td> <td>≥60%</td> <td>>70%</td> <td>>80%</td> <td>≥90%</td> </tr> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> </table> 2.ผู้ป่วย CKD ที่มีอัตราการลดลง eGFR< 4 ml/min/1.73 m ² /yr≥65% <table border="1" data-bbox="616 663 1509 768"> <tr> <td>< 50%</td> <td>≥50%</td> <td>>55%</td> <td>>60%</td> <td>≥65%</td> </tr> <tr> <td>1 คะแนน</td> <td>2 คะแนน</td> <td>3 คะแนน</td> <td>4 คะแนน</td> <td>5 คะแนน</td> </tr> </table>					< 60%	≥60%	>70%	>80%	≥90%	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	< 50%	≥50%	>55%	>60%	≥65%	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
< 60%	≥60%	>70%	>80%	≥90%																					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																					
< 50%	≥50%	>55%	>60%	≥65%																					
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																					
วิธีการประเมินผล :	การบันทึกผลงานในโปรแกรม โรงพยาบาลประมวลผลผ่าน HDC																								
เอกสารสนับสนุน :	-																								
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <th rowspan="3">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>2557</th> <th>2558</th> <th>2559</th> </tr> <tr> <th>ร้อยละ</th> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>63.60</td> </tr> <tr> <td>ระบบเก็บข้อมูลเริ่ม 2559</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ			2557	2558	2559	ร้อยละ	NA	NA	63.60	ระบบเก็บข้อมูลเริ่ม 2559							
Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ																							
		2557	2558	2559																					
	ร้อยละ	NA	NA	63.60																					
ระบบเก็บข้อมูลเริ่ม 2559																									
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวอลิษา สุพรรณ โทรศัพท์ 045-262692 ต่อ 2200 mobile 081-7904981 e-mail: ncdssjubon@gmail.com นางจันทร์เพ็ญ หวานคำ mobile 080-4159495 e-mail: ncdssjubon@hgmail.com																								
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพชรรพทพศ , จังหวัด																								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบงาน NCD รพชรรพทพศ , จังหวัด																								

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสภาพและการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I38 (PA , ตร.)	ลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก
คำนิยาม	ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยการผ่าตัด หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน 4 สัปดาห์(หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ นับเป็นจำนวน 28 วันเต็ม) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, เคมีบำบัด) โดยนับถึงวันที่ได้รับการผ่าตัดรักษา - ในกรณีที่ไม่มี การตรวจชิ้นเนื้อหรือไม่มีการรักษาด้วยวิธีอื่น ให้นับตั้งแต่วันที่ทำการตรวจวินิจฉัย เช่น วันทำ Imaging โดยนับจากการตรวจวินิจฉัยครั้งที่ผลนำมาซึ่งการตัดสินใจรักษามะเร็งเป็นต้น - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่น ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเองเพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษาคือการผ่าตัด ให้นับจากวันวินิจฉัยว่าเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับการผ่าตัด ไม่เกิน 4 สัปดาห์และ การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยเคมีบำบัดภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง)นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น รังสีรักษา, ผ่าตัด) นับถึงวันที่ผู้ป่วยได้รับยาเคมีวันแรก(การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด)

	- กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นและตัดสินใจแผนการรักษาเป็นเคมีบำบัด ให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับในการพัฒนาระบบการส่งต่อ ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษา หมายถึง การกำหนดระยะเวลาในการเข้าถึงบริการ (Access to Care) การรักษาด้วยรังสีรักษา ระยะเวลาการรอคอยรับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายใน 6 สัปดาห์ (หน่วยนับเป็นสัปดาห์ และ 6 สัปดาห์ นับเป็น จำนวน 42 วันเต็ม) โดยนับจาก - วันที่ตัดชิ้นเนื้อ/เซลล์ ส่งตรวจ (เป็นชิ้นเนื้อ/เซลล์ในครั้งที่เกิดการวินิจฉัยเป็นมะเร็งและนำมาสู่การรักษามะเร็ง) นับถึงวันแรก que ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา - วันสุดท้ายของการรักษาด้วยวิธีอื่น (เช่น เคมีบำบัด, ผ่าตัด) นับถึงวันแรก que ผู้ป่วยได้รับรังสีรักษา (การรักษาผ่าตัด นับจากวันที่ผ่าตัด) - กรณีผู้ป่วยส่งต่อจากสถานพยาบาลอื่นให้นับแบบเดียวกับผู้ป่วยใหม่ แต่ให้แยกรายงาน ออกจาก รายงานผู้ป่วยรายที่วินิจฉัยจากโรงพยาบาลที่รักษาเอง เพื่อการสะท้อนกลับ ในการพัฒนาระบบการส่งต่อ หมายเหตุ ในรายที่วินิจฉัยว่าเป็น Malignant Secondary (Metastatic) และมีแผนการรักษา คือ เคมีบำบัด หรือ รังสีรักษา 1. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับยาเคมีวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์ 2. ให้นับจากวันที่ทำการตรวจและผลการตรวจระบุเป็น Metastatic ถึงวันที่ได้รับรังสีรักษาวันแรก ไม่เกิน 6 สัปดาห์การรายงานให้แยกกลุ่ม Metastatic

เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ □ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 82	ร้อยละ 82	ร้อยละ 85
1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$ 2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$ 3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$				
วัตถุประสงค์	เพื่อลดระยะเวลาการรอคอย ผ่าตัด เคมีบำบัด รังสีรักษา ของมะเร็ง 5 อันดับแรก			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีผ่าตัด 2. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีเคมีบำบัด 3. ผู้ป่วยมะเร็งที่ต้องได้รับการรักษามะเร็งด้วยวิธีรังสีรักษา			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งและมีแผนการรักษา จำแนกตามประเภทการรักษา 2. จำนวนผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการได้รับการรักษา โดยมีระยะเวลาการรอคอยของแต่ละการรักษาได้แก่ ศัลยกรรม(S) เคมีบำบัด (C) รังสีรักษา (R) ตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. ข้อมูลวันที่เกี่ยวข้องกับการรักษา ที่ต้องเก็บ ได้แก่ 3.1 <u>วันตัดชิ้นเนื้อหรือเซลล์(Obtained_date)</u> วันที่ส่งตรวจวินิจฉัยโรค มะเร็งและเป็นครั้งที่ตัดชิ้นโรคและนำมาซึ่งการรักษานั้นๆ 3.2 <u>วันผ่าตัด(Operation_date)</u> ในกลุ่มการรักษาด้วยการผ่าตัด 3.3 <u>วันที่ได้รับยาเคมีวันแรกและวันที่ได้รับเคมีวันสุดท้าย</u> ในกลุ่มการรักษาด้วยเคมีบำบัด 3.4 <u>วันที่ฉายแสงวันแรกและ วันที่ฉายแสงวันสุดท้าย</u> สำหรับการ รักษาด้วยรังสีรักษา <u>กรณีการวินิจฉัยไม่ได้เกิดจากการตรวจชิ้นเนื้อ</u> 3.5 <u>วันที่ทำการตรวจ เช่น วันทำ CT, วันทำ MRI (วันที่ตรวจและผลการตรวจนำมาซึ่งการรักษามะเร็ง)</u>			

แหล่งข้อมูล	1. จาก Hospital Based Cancer Registry 2. จากหน่วยบริการผู้ป่วยศัลยกรรม ห้องผ่าตัด หน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยเคมีบำบัด และหน่วยที่ให้บริการผู้ป่วยรังสีรักษา																																		
รายการข้อมูล 1	$A_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยการผ่าตัดและได้รับการผ่าตัดรักษา ≤ 4 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยเคมีบำบัดและได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด $A_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผนการรักษาด้วยรังสีรักษาและได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ≤ 6 สัปดาห์นับตามเกณฑ์ที่กำหนด																																		
รายการข้อมูล 2	$B_{(S)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(C)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน $B_{(R)}$ = จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาเพื่อรักษามะเร็งทั้งหมดในปีที่รายงาน																																		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$																																		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส (แยกรายโรงพยาบาล)																																		
เกณฑ์การประเมิน :																																			
<table><tr><td></td><td>ปี 2560</td><td>ปี 2561</td><td>ปี 2562</td><td>ปี 2563</td><td>ปี 2564</td></tr><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>-</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>รอบ 6 เดือน</td><td>80</td><td>80</td><td>82</td><td>82</td><td>85</td></tr><tr><td>รอบ 9 เดือน</td><td>-</td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>รอบ 12 เดือน</td><td>80</td><td>80</td><td>82</td><td>82</td><td>85</td></tr></table>							ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564	รอบ 3 เดือน	-	-				รอบ 6 เดือน	80	80	82	82	85	รอบ 9 เดือน	-	-				รอบ 12 เดือน	80	80	82	82	85
	ปี 2560	ปี 2561	ปี 2562	ปี 2563	ปี 2564																														
รอบ 3 เดือน	-	-																																	
รอบ 6 เดือน	80	80	82	82	85																														
รอบ 9 เดือน	-	-																																	
รอบ 12 เดือน	80	80	82	82	85																														
วิธีการประเมินผล :	โรงพยาบาลเป้าหมายระดับ M1 M2 S และ A รายงานข้อมูลทุก 3 เดือน																																		
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือนิยามตัวชี้วัด Service plan สาขาโรคมะเร็ง																																		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน																																			
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																	
		2557	2558	2559																															
	1.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์	NA	NA	92.70																															

		2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	NA	NA	81.29	
		3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์	NA	NA	74.96	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. พญ.กนกวรรณ มิ่งขวัญ นายแพทย์เชี่ยวชาญ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ โทรศัพท์มือถือ : 08 1975 0997 2.นางจันทรา พรหมจรรย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รพ.สรรพสิทธิประสงค์ โทรศัพท์มือถือ: 08 9849 3616 E-mail :cancer_sappasit@hotmail.com 3.นางพิชญภา หนอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สสจ.อุบลราชธานี โทรศัพท์มือถือ : 06 3295 9319 E-mail :a_pitchayapa@hotmail.com				

(ตัวอย่าง แบบฟอร์มการรายงานด้านโรคมะเร็ง)

แบบฟอร์มการติดตามประเมินผล

ด้านโรคมะเร็ง

1. ประเด็นการติดตามประเมินผล

1.1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$ 1.2. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$ 1.3. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

2. สถานการณ์

.....

.....

3. ข้อมูลประกอบการวิเคราะห์

3.1. ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$

ชื่อสถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระยะเวลา 4 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผน ให้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ทั้งหมดในปีที่รายงาน(A)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ในระยะ เวลา 4 สัปดาห์ (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับ การรักษาด้วยการผ่าตัดภายใน ระยะเวลา 4 สัปดาห์ $(A/B)*100$	
1.รพ.สรรพสิทธิประสงค์				
2.รพ.๕๐ พรรษาฯ				
3.รพ.ร.เดชอุดม				
4.รพ.วารินชำราบ				
5.รพ.ตระการพืชผล				
6.รพ.พิบูลมังสาหาร				
ภาพรวมจังหวัด				

3.2.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

ชื่อสถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผน ให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดทั้งหมดในปีที่รายงาน (A)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดภายในระยะเวลา 4 สัปดาห์ (A/B)*100	
1.รพ.สรรพสิทธิประสงค์				
2.รพ.๕๐ พรรษาฯ				
3.รพ.เดชอุดม				
4.รพ.วารินชำราบ				
5.รพ.ตระการพืชผล				
6.รพ.พินุลมังสาหาร				
ภาพรวมจังหวัด				

1.3.ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$

ชื่อสถานบริการสุขภาพ	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในระยะเวลา 6 สัปดาห์ $\geq 80\%$			หมายเหตุ
	จำนวนผู้ป่วยที่แพทย์วางแผน ให้การรักษาด้วยรังสีรักษาทั้งหมดในปีที่รายงาน (A)	จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (B)	ร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษาภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์ (A/B)*100	
1.รพ.สรรพสิทธิประสงค์				
2.รพ.๕๐ พรรษาฯ				
3.รพ.เดชอุดม				
4.รพ.วารินชำราบ				
5.รพ.ตระการพืชผล				
6.รพ.พินุลมังสาหาร				
ภาพรวมจังหวัด				

ผู้รายงาน.....

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทร.....

วันที่รายงาน.....

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสภาพและการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 39	ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจ ที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่นไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ แบบเอสทียกขึ้น (ST segment elevation) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูงจะเน้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายใน ระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทัน่วงที่จะช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วย โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด(Thrombolytic Agent) และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention) กลวิธีการดำเนินงาน เพิ่มหน่วยบริการที่สามารถให้บริการโดยวิธีให้ ยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือการขยายหลอดเลือด ปรับระบบการส่งต่อและ แนวทางการรับผู้ป่วย เพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม (Golden Time) ทั้ง(Thrombolytic Agent) และ/หรือการขยายหลอดเลือด หัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI ได้รับการการรักษาโดยได้รับยาละลายลิ่ม เลือดและ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention) ร้อยละ 80
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI -ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยในรหัส ICD 10-WHO - I21.0- I21.3 ร่วมกับการทำ หัตถการตาม ICD 9-CM รหัส 99.10 หรือ 37.68 (A) -ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน ICD 10-WHO รหัส I21.0- I21.3 ทั้งหมด (B)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากข้อมูล 43 แห่งทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยโรงพยาบาลดำเนินการ ลงบันทึกการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI ที่มารับบริการทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทุกเดือน หมายเหตุ ระวังข้อมูลซ้ำซ้อนจาก 1. ผู้ป่วยนอกที่ได้รับยาละลายลิ่มเลือดแล้วได้รับการส่งต่อเพื่อทำ Rescue PCI

	2. ไม่ควรลงรหัสหัตถการ 99.10 หรือ 37.68 ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยตาม ICD 10 รหัส I21.9 3. นับเฉพาะ SK หรือ PCI เท่านั้นไม่นับ Rescue PCI				
แหล่งข้อมูล	จากข้อมูล 43 แห่งทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จากโปรแกรม HDC ใน http://hdcservice.moph.go.th/ จากการรายงานการให้บริการผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันชนิด STEMI โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน				
รายการข้อมูลที่ 1	A = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยในรหัส ICD 10-WHO - I21.0- I21.3 ร่วมกับการทำหัตถการตาม ICD 9-CM รหัส 99.10 (Thrombolytic agent) หรือ 37.68 (PPCI)				
รายการข้อมูลที่ 2	B = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยในรหัส ICD 10-WHO ดังนี้ I21.0- I21.3 ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 1 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2558	2559	2560
	-ผู้ป่วย ได้รับยา	ร้อยละ (ผล./ผลงาน)	-	79.24	
เกณฑ์การประเมิน :					
		ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4
		60-64%	65-69%	70-74%	75-79%
					≥ 80%
วิธีการประเมินผล	-การนิเทศติดตาม -จากการประมวลสรุปข้อมูลจากโปรแกรม HDC ใน http://hdcservice.moph.go.th/ -จากการรายงานการให้บริการผู้ป่วย STEMI ทุกเดือน				
เอกสารสนับสนุน	-แนวทางการพัฒนาระบบบริการสาขาหัวใจ				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	-เครือข่ายผู้เชี่ยวชาญ -นางสุภาภรณ์อุตม์ โทรศัพท์ 089-8449962 -นางปริดา วรกรโอฟาร โทรศัพท์ 099-2688599				

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	-โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน -กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	-นางสุภาภรณ์ อดุมัง โทรศัพท 089-8449962 -นางปริตา วรกรโอฬาร โทรศัพท 099-2688599 E-mail: mai.j4959@gmail.com

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก มีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 40 (ตร.)	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน				
คำนิยาม	ตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) หมายถึง โรคต้อกระจกที่ทำให้ผู้ป่วยมีระดับสายตาแย่กว่า 20/400 ได้แก่ 5/200 , CF, HM, PJ, PL				
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน เท่ากับ 80%					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนด้วยการลดอัตราความทุกข์ของภาวะตาบอดจากต้อกระจกโดยใช้แนวทางเชิงรุกทั้งการคัดกรองและการผ่าตัดและสร้างความเข้มแข็งให้ระบบสุขภาพตาอย่างยั่งยืน ด้วยการเพิ่มคุณภาพและการเข้าถึงบริการ ลดระยะเวลารอคอย และลดการส่งต่อออกนอกเขต				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยโดย จักษุแพทย์/ พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทีมจักษุที่ทำการผ่าตัดต้อกระจกบันทึกลงในโปรแกรม Vision2020thailandทุกราย และนำมาคำนวณเป็นร้อยละเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตา กระทรวงสาธารณสุข				
แหล่งข้อมูล	- โปรแกรม Vision2020thailand - ข้อมูลการกำหนดเป้าหมายจำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ในระดับจังหวัด และระดับเขต ที่กำหนดโดย คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสาขาตา กระทรวงสาธารณสุข				

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding Cataract) ที่กำหนดเป็นเป้าหมาย โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาตากระทรวงสาธารณสุข
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 และ 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 80

ปี 2561:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 80

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 80

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 80

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 80	-	ร้อยละ 80

ระดับคะแนนการประเมินผลงาน					
ระดับคะแนน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ 2560				
1	มีการวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุ สภาพปัญหา และระบบข้อมูล การดำเนินงานตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้นในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อกำหนด เป้าหมายในการดำเนินงาน				
2	2.1 จัดทำแผนงาน/โครงการที่สนับสนุนให้สถานบริการในสังกัด มีการ ดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ค้นหาคัดกรอง และโครงการลดจำนวนคน ตาบอดจากต้อกระจก 2.2 มีการประชุมชี้แจง สนับสนุนงบประมาณด้านการส่งเสริมป้องกัน และจัดสรรสื่อสนับสนุนการดำเนินงาน				
3	3.1 ดำเนินงานควบคุมกำกับ ติดตามประเมินผลการดำเนินงานคัดกรองต้อ กระจกในผู้สูงอายุ และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการร่วมดำเนินการ 3.2 วิเคราะห์ผลการดำเนินงานเชิงคุณภาพ เมื่อเทียบกับค่าเป้าหมายในปี ที่ผ่านมาจาก National Eye Health DataCenter(โปรแกรม Vision2020Thailand)				
4	4.1 มีผลการดำเนินงานตรวจคัดกรองสายตาเบื้องต้น มีอัตราการวัด VA ด้วย Snellen Chart โดย รพ.สต. มากกว่าร้อยละ 80 4.2 มีผลการดำเนินงานส่งต่อผู้สูงอายุที่มีระดับสายตา < 10/200 เพื่อให้ได้รับ การตรวจวินิจฉัยโดยทีมจักษุ				
5	5.1 มีผลการดำเนินงาน ผู้สูงอายุที่มีระดับสายตา < 10/200 ได้รับการตรวจ วินิจฉัยโดยทีมจักษุ มากกว่าร้อยละ 80 5.2 ผู้ป่วยตาบอดจากต้อกระจก (Blinding cataract) ได้รับการผ่าตัดภายใน 30 วัน มากกว่าร้อยละ 80				
เอกสารสนับสนุน :	Vision2020thailand				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละผู้ป่วยตาบอดจาก ต้อกระจกได้รับการ ผ่าตัดภายใน 30 วัน	ร้อยละ	86.41	85.17	89.06

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 -262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 3211902 โทรสาร : 045 - 244801 2. นางพิศมัยวรรณชาตินักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 9660949 โทรสาร : 045 – 244801 Email : jumpitsamai@gmail.com 3. นางดวงพร มุกดากุล เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 098 - 1254035 โทรสาร : 045 - 244801 กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	จากโปรแกรมVision2020thailand โดยกลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 -262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 3211902 โทรสาร : 045 - 244801 2. นางพิศมัยวรรณชาตินักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 9660949 โทรสาร : 045 – 244801 Email : jumpitsamai@gmail.com 3. นางดวงพร มุกดากุล เจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045 – 262692 ต่อ 3200 , 3210 โทรศัพท์มือถือ : 098 - 1254035 โทรสาร : 045 - 244801 กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 41	ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการสุขภาพจิต				
คำนิยาม	การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่าได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เกสบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5) ที่มารับบริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ (ปีที่ยื่นการปฏิบัติงานที่ต้องการวัด) ทั้งรายเก่าและรายใหม่				
เกณฑ์เป้าหมาย: ร้อยละ 50					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50		ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง มีมาตรฐานต่อเนื่องทำให้ลดความรุนแรง และระยะเวลาการป่วยของโรคซึมเศร้า ป้องกันการฆ่าตัวตาย และไม่กลับเป็นซ้ำ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33, F34.1, F38 และ F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders 5)				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลรายงานการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากแหล่งรายงานกลางของกระทรวงสาธารณสุข ทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552 ถึงปีที่ต้องการจะวัด ในฐานะข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ วิเคราะห์เป็นรายหน่วยบริการ จังหวัดเขตสุขภาพ และประเทศ แล้วนำเสนอผลที่ www.thaidepression.com <u>ในกรณีที่หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่มีความประสงค์จะขอส่งข้อมูลหรือรายงานมายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ สามารถดำเนินการได้ดังต่อไปนี้</u> 1. ส่งรายงานเป็นเอกสารตามแบบฟอร์มที่กำหนดทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ที่งานจะบันทึกข้อมูลตามรายการให้อย่างครบถ้วน 2. ส่งข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word ที่ส่งผ่านทาง e-mail ที่ E-mail : depression54@hotmail.com หรือ info@thaidepression.com หรือ copy ลง CD ส่งทางไปรษณีย์มายังศูนย์วิจัยและสารสนเทศโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ <u>ทั้งนี้ กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จะรับดำเนินการรวบรวมพร้อมประมวลผลเข้ากับฐานข้อมูลโรคซึมเศร้าจนกว่าหน่วยบริการพื้นที่จะขอยกเลิกการส่งตามข้อ 1-2</u> คำอธิบายสูตร: ● ตัวตั้ง คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (F32, F33, F34.1, F38 และ F39) ทั้งรายเก่าและรายใหม่ที่มาใช้บริการสะสมมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงในปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด) ในหน่วยบริการ/สถานพยาบาลรพ./รพท./รพช./รพ.สต.และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกจังหวัดในประเทศไทย รวมทั้งรพ./สถาบันจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ● ตัวหาร คือ จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่คำนวณจากความชุกของโรคซึมเศร้าภาพรวมทั้งประเทศ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อัตราความชุกจากการสำรวจระดับชาติของโรคซึมเศร้าปี 2551 โดยกรมสุขภาพจิต โดยสุ่มตัวอย่างของประชากรไทยที่มี

	อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 19,000 ราย พบอัตราความชุกของโรคซึมเศร้า ภาพรวมทั้งประเทศ 2.7 %(แยกเป็น Major Depressive episode 2.4%, Dysthymia0.3%) และฐานประชากรประจำปี....(จะใช้ประชากรประจำปีย้อนหลังไป 1 ปี เนื่องจากปีที่จะวัดยังไม่มีรายงาน) ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย			
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศ			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่มารับบริการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2552 สะสมมาจนถึงปีงบประมาณ (ใส่ปีที่ต้องการวัด)			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ส่งรายงานทุกวันที่ 25 ของเดือน			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 - 2564 :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูลผลการเข้าถึงบริการของสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากมาตรฐานข้อมูล 43 แพ้ม โดยการรับข้อมูลจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นรอบไตรมาส ที่มีข้อมูลสอดคล้องกับแบบรายงานที่กำหนด และทำการรวมผลการดำเนินงานในปีปัจจุบันเข้ากับผลการดำเนินงานของปีงบประมาณ 2552-ปีที่ต้องการจะวัดในฐานข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้า กรมสุขภาพจิต โดยโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ แล้ววิเคราะห์ประมวลผล และนำเสนอเป็นรายจังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศที่ www.thaidepression.com			
เอกสารสนับสนุน :	ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	อัตราการเข้าถึง บริการของผู้ป่วยโรค ซึมเศร้าเทียบกับค่า ประมาณจากความ ชุกที่ได้จากการ สำรวจ	ร้อยละ	N/A	36.18	42.91
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ :081 – 3211902โทรสาร :045 - 244801 2. นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ :086– 4649824โทรสาร :045 – 244801 E-mail..Mentalhealthubon@gmail.com 3.นางเนาวรัตน์ สืบภา นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ :091 – 3509180โทรสาร :045 - 244801 กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1.นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ :081 – 3211902โทรสาร :045 - 244801 2. นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ :081 – 4649824โทรสาร :045 – 244801 E-mail..Mentalhealthubon@gmail.com 3.นางเนาวรัตน์ สืบภา นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ :091 – 3509180โทรสาร :045 - 244801				

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด 142 (PA,ตร.)	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่หยุดเสพต่อเนื่อง 3 เดือน หลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา (3 month remission rate)				
คำนิยาม	ผู้ป่วยยาเสพติด หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นผู้เสพ (Abuse) หรือผู้ติด (Dependence) ยาเสพติด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 92	ร้อยละ93	ร้อยละ94	ร้อยละ95	ร้อยละ96
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการหยุดเสพยาเสพติดของผู้ป่วยยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดรักษาหลังจำหน่าย 3 เดือน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้เสพ ผู้ติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ระบบสมัครใจและระบบบังคับบำบัดแบบไม่ควบคุมตัว จากสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและหยุดเสพต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่ายจากการบำบัดรักษา				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและได้รับการจำหน่ายตามเกณฑ์ที่กำหนด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	NA	92	92	92	
ปี 2561:					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน	
	93	93	93	93	

ปี 2562:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
94	94	94	94

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
95	95	95	95

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
96	96	96	96

วิธีการประเมินผล :

สถานบริการ (โรงพยาบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการบำบัดรักษา) จัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยยาเสพติดและบันทึกรายงานในฐานะข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ผ่านเครือข่าย internet ประเมินผลโดย กลุ่มงานพัฒนาระบบงานยาเสพติด สำนักบริหารการสาธารณสุข ผู้ดูแลระบบข้อมูล

เอกสารสนับสนุน :

ฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
	ร้อยละ	87.26	87.75	92.09

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1.นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 3211902
โทรสาร : 045 - 244801

2. นางรัชนีพร เชื้อสระคู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 0462256
โทรสาร : 045 - 244801
E-mail..rutchaneeporn.nok@gmail.com

3.นายประมวธ มาลา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 087 -3377311
โทรสาร : 045 - 244801

กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1.นางนภาพร จันทนบ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 081 - 3211902 โทรสาร : 045 - 244801 2. นางรัชนีพร เชื้อสระคู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 089 - 0462256 โทรสาร : 045 - 244801 E-mail..rutchaneeporn.nok@gmail.com 3.นายประมวล มาลา นักวิเคราะห์นโยบายและแผน โทรศัพท์ที่ทำงาน :045 - 262692 ต่อ3200 ,3210 โทรศัพท์มือถือ : 087 -3377311 โทรสาร : 045 - 244801 กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสุขภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด 1.43 (ตร. R28)	ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน
คำนิยาม	1. ผู้ป่วยนอกหมายถึงประชาชนที่มารับบริการการตรวจรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพที่โรงพยาบาลแต่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 2. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและฟื้นฟูสุขภาพดังนี้ - การรักษาด้วยยาสมุนไพร - การนวดเพื่อรักษา - พื้นฟูสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา - พื้นฟูสุขภาพ - การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา - การทาบหม้อเกลือ - การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

	- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ - การให้คำแนะนำการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย - การฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน 3. การบริการด้านการแพทย์ทางเลือก หมายถึง บริการรักษาพยาบาลส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพดังนี้ - การฝึกสมาธิบำบัด - ผิงเข็ม - การกดจุดบำบัด - การแพทย์ทางเลือก อื่นๆ ได้แก่ การนวดปรับสมดุลโครงสร้างร่างกาย 4. บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน หมายถึง บริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล					
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	
	2560	2561	2562	2563	2564	
	18.5	19	19.5	20	20	
วัตถุประสงค์	- เพื่ออัตราการเข้าถึงบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขครบวงจร					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	- ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- การบันทึกข้อมูลในระบบรายงาน 43 แฟ้ม - รายงานจากอำเภอ					
แหล่งข้อมูล	- รายงาน 43 แฟ้ม (Service/Person/Diagnosis_opd/Drug_opdProcedure_opd/Provider)					
รายการข้อมูลที่ 1	A= จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ					
รายการข้อมูลที่ 2	B= จำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	3 เดือน 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน					

เกณฑ์การประเมิน	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	≥ ร้อยละ 15	≥ ร้อยละ 16	≥ ร้อยละ 17	≥ ร้อยละ 18.5	
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ร้อยละ 14	ร้อยละ 15	ร้อยละ 16	ร้อยละ 17	ร้อยละ 18.5
วิธีการประเมินผล	1. ข้อมูลจาก HDC กระทรวงสาธารณสุข 2. ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานของกลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
เอกสารสนับสนุน	- คู่มือการพัฒนาระบบบริการสาขาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน - คู่มือการตรวจราชการและนิเทศงานจากเขตสุขภาพ - คู่มือการประเมินมาตรฐานรพ.สต.พท. - คู่มือการประเมินมาตรฐานนวดไทย - คู่มือการดูแลแม่หลังคลอด - คู่มือแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	งานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นางภัลลภา โสติธวิสัยดี mobile 081 - 8770338 นางสาวทิมมพร พันธุ์พินิจ mobile 099 - 2985154 นายวิวัฒน์ ถินถาวร mobile 084 - 6069938 นางสาววรางคณา สายธนู mobile 088 - 5843370 นางสาวบุษราคัม ศรีทาเวช mobile 081 - 0737702 นางสาวสุภาวดี อัครกะเพชร mobile 094 - 3050363				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี นางภัลลภา โสติธวิสัยดี mobile 081 - 8770338				

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด 1.44 (ตร.)	อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
คำนิยาม	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center, EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหารสั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้วย ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (Situation Awareness Team: SAT) หมายถึง ทีมปฏิบัติการที่มีความสามารถในการรวบรวมข้อมูล เพื่อติดตาม ตรวจสอบ และประเมินสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งเตือนแก่ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อพิจารณาตอบสนองต่อสถานการณ์นั้นๆ Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

เกณฑ์เป้าหมาย :

		ปี2560	ปี2561	ปี2562	ปี2563	ปี2564
ร้อยละ 80 ของอำเภอ มีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100

ปี 2560 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 80)

ขั้นตอนที่ 1 - 5 สามารถดำเนินการไปพร้อมๆ กันได้ ตั้งแต่เริ่มต้นปีงบประมาณ โดย

ไตรมาสที่ 1 (รอบ 3 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 1 ได้

ไตรมาสที่ 2 (รอบ 6 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 2 และ 3 ได้

ไตรมาสที่ 3 (รอบ 9 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 4 ได้

ไตรมาสที่ 4 (รอบ 12 เดือน) ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 80)

ปี 2561 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 85)

ปี 2562 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 90)

ปี 2563 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 95)

ปี 2564 ทุกหน่วยงานดำเนินการตามขั้นตอนที่ 5 ได้ (ร้อยละ 100)	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขที่เกิดจากโรคติดต่อได้
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอ/จังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากผลการดำเนินงานระดับจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนจังหวัดที่มี EOC และ SAT ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนจังหวัดทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1 - ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 - 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
ขั้นตอนที่ 1	ขั้นตอนที่ 2 และ 3	ขั้นตอนที่ 4	ขั้นตอนที่ 5

วิธีการประเมินผล :	ชั้น ตอนที่	รายละเอียดการดำเนินงาน	เอกสาร/หลักฐาน ประกอบการประเมินผล
	1	จัดทำโครงสร้างระบบบัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และจัดทีมตระหนักรู้ สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด/ อำเภอ	- หลักฐานคำสั่งแต่งตั้ง คณะกรรมการตามระบบบัญชาการ เหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - คำสั่งแต่งตั้งทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัดอำเภอ
	2	จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ตาม ความเหมาะสมเพื่อรองรับการเปิด ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ในพื้นที่จังหวัด/อำเภอ	- สถานที่และอุปกรณ์สำหรับการ เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินทาง สาธารณสุขในพื้นที่จังหวัด/อำเภอ
	3	สมาชิกทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับจังหวัด/อำเภอได้รับการ ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติงานและ อบรมขั้นพื้นฐาน	- รายชื่อผู้รับการชี้แจงและอบรม การปฏิบัติงานขั้นพื้นฐาน
	4	การซ้อมแผนเพื่อเปิดศูนย์ปฏิบัติการ ภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด และมีการเริ่มปฏิบัติงานของทีม ตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) โดย ประเมินสถานการณ์โรคและภัย สุขภาพพื้นที่จังหวัด/อำเภอ	- มีรายงานผลการซ้อมแผนเพื่อ เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับจังหวัด - มีรายงานประเมินสถานการณ์ โรคและภัยสุขภาพพื้นที่จังหวัด/ อำเภอ

	5	จังหวัด/อำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	- มีIncident Action Plan(IAP) ของเหตุการณ์ที่สำคัญที่อาจเกิดขึ้นในจังหวัด เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) โดยกำหนดวิธีปฏิบัติการ พร้อมทั้งข้อสั่งการไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง		
เอกสารสนับสนุน :	1. หนังสือกรอบแนวทางการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ในภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค พ.ศ. 2559-2564 2. คู่มือพัฒนาการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระบบบัญชาการเหตุการณ์ และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรมควบคุมโรค 3.คู่มือระบบบัญชาการเหตุการณ์ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการจัดการในภาวะสาธารณสุขภัย/ภัยพิบัติ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละ 80 ของอำเภอมีศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ร้อยละ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.091 0204657 2.นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 095 9065542				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				

ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.091 0204657 2.นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 095 9065542

เป้าประสงค์ที่G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด 1 45 (PA ,ตร.)	ร้อยละของโรงพยาบาล F2 ขึ้นไป ที่มีระบบ ECS คุณภาพ				
คำนิยาม	ECS (Emergency Care System)คือ ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ประกอบด้วย การป้องกันก่อนเกิด (prevention), การดูแล ณ จุดเกิดเหตุ (pre hospital care), ต่อเนื่องถึง การดูแล ณ ห้องฉุกเฉิน (ER), การดูแล รักษาในโรงพยาบาล (In hospital care) / การดูแลเฉพาะทาง (Definitive care), การส่งต่อ (Inter hospital care/ Referral System)รวมถึง การจักระบบบริหารกรณีเกิดอุบัติเหตุหมู่ (Mass Casualties Incident) และ การเตรียมแผนรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาล (Disaster preparedness& Hospital preparedness for Emergency) ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานของสถานพยาบาล แต่ละ ระดับ จึงต้องทำการสำรวจในปีแรก และ หลังจากนั้น ดำเนินการเพิ่มเติม				
เกณฑ์เป้าหมาย					
1)จังหวัด/อำเภอที่มีการสำรวจ และทราบเป้าหมายในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน(Emergency Care System) ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ โดยมีโรงพยาบาลเป็นฐาน มากกว่า ร้อยละ 70 ในช่วงระยะเวลา 3 ปี และ พัฒนาด้านอื่นๆ ต่อไป ตามแผนกาพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 70		ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน อย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติ ในปีแรกนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐาน โดยในเบื้องต้น โรงพยาบาลสถานพยาบาล ในแต่ละจังหวัด สามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และจัดทำแผน				

	รองรับภัยพิบัติอื่นๆ พัฒนาที่มปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ที่มีความพร้อม ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยพิบัติรายงานให้จังหวัด/อำเภอ / เขตบริการสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุขรับทราบ ตามลำดับ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขนาด F2 ขึ้นไป ได้แก่โรงพยาบาลทุกแห่ง ยกเว้น โรงพยาบาลนาตาล โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ โรงพยาบาลนาเยียและโรงพยาบาลน้ำขุ่น
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) จัดตั้ง คณะทำงานเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาลแต่ละระดับ ภายใต้ คณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในระดับจังหวัด /ระดับเขต โดยในปีนี้ ให้เน้นเรื่องการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติ ของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับ 2) ข้อมูลพื้นฐานของโรงพยาบาล/ สถานพยาบาล ที่ได้จากการสำรวจเบื้องต้นตามแบบฟอร์มการประเมินตนเอง ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตามประเด็นที่กำหนด รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ 3) ข้อมูลจากการประเมินของ ทีมประเมินจากส่วนกลาง / ทีมจากเขตบริการสุขภาพ
แหล่งข้อมูล	1) ข้อมูลจากการประเมินตนเอง คณะกรรมการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับภัยพิบัติของสถานพยาบาล /โรงพยาบาลแต่ละระดับตามประเด็นที่กำหนด รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ 2) ข้อมูลจากการประเมินของ ทีมประเมินจากส่วนกลาง / ทีมจากเขตบริการสุขภาพ แผนรองรับภัยพิบัติของแต่ละ โรงพยาบาล และ บุคลากร กับหน่วยงานในท้องถิ่น
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป ที่ทำการประเมินความเสี่ยงของตนเองตามมิติที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล F2 ขึ้นไปทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตามทุก 12 เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 70

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 75

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 80

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 85

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :

จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน (ปีที่ 1 พ.ศ. 2559)

วิธีการประเมินผล : จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน

ขั้นตอน 1 จัดตั้งคณะกรรมการเตรียมความพร้อมรองรับสถานการณ์ภัยพิบัติ

ของสถานพยาบาล / โรงพยาบาลแต่ละระดับ

ขั้นตอน 2 สำรวจ/ ประเมินความเสี่ยงของสถานพยาบาล/โรงพยาบาล (Hazard risk)

และ ประเมินผลกระทบต่อประชากร / หน่วยบริการ (Impact survey) ตามคู่มือการประเมินตนเองด้านภัยพิบัติ ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดย กรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพ.ศ. 2559

ขั้นตอน 3 บุคลากรทางการแพทย์ ได้รับการอบรม ตามหลักสูตร การเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาลในการรับภัยพิบัติ (Hospital preparedness for Emergency (HOPE) ของกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอน 4 จัดทำแผนรองรับภัยพิบัติ สำหรับสถานพยาบาล/โรงพยาบาล Disaster management รวมถึง การพัฒนาทีม MERT, Mini MERT ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติงาน

	ขั้นตอน 5 การซ่อมแผนรองรับภัยพิบัติ และสรุปผลการดำเนินการ เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานต่อไป				
เอกสารสนับสนุน :	1. หลักสูตรการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล ในการรับภัยพิบัติ (Hospital Preparedness for Emergency : HOPE) 2. คู่มือการประเมินความเสี่ยงของโรงพยาบาล ขององค์การอนามัยโลก ปรับโดยกรมการแพทย์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พ.ศ.2559 3. แบบสำรวจการประเมินตนเอง				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	NA	NA	NA
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.091 0204657 2.นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 095 9065542				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.091 0204657 2.นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 095 9065542				

เป้าประสงค์ที่G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 46	ร้อยละของโรงพยาบาลทุกระดับมีEMS คุณภาพ				
คำนิยาม	EMS คุณภาพ หมายถึง การดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ในหลายหลายรูปแบบ เช่น การจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma)เป็นต้น โดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน (ER) ของโรงพยาบาลชุมชน ทุกระดับอย่างทั่วถึง ปลอดภัย ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	EMS คุณภาพ ร้อยละ 25	EMS คุณภาพ ร้อยละ 50	EMS คุณภาพ ร้อยละ 75	EMS คุณภาพ ร้อยละ 90	EMS คุณภาพ ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต จากสาเหตุต่างๆ ที่ต้องการ fast track และ นำส่ง โรงพยาบาลอย่างถูกต้อง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma) เป็นต้น ด้วยการจัดให้มีระบบปฏิบัติการฉุกเฉินสำหรับดูแลผู้ป่วยตั้งแต่จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลความปลอดภัยในระหว่างนำส่งจนพ้นภาวะวิกฤตโดยคำนึงคุณภาพการปฏิบัติการและความปลอดภัย ของบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติการ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ทุกระดับ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โรคหลอดเลือดหัวใจ (STEMI) และการบาดเจ็บ(Trauma) ณ โรงพยาบาลของชุดปฏิบัติฉุกเฉิน				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลในระบบสารสนเทศการแพทย์ฉุกเฉิน (ITEMS)				
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับที่มีระบบ EMS คุณภาพ				
รายการข้อมูล 2	B= จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	-	-	-	สำรวจข้อมูลEMS คุณภาพ	

ปี 2561 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2560 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10			
ปี 2562 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2561 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10			
ปี 2563 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	EMS คุณภาพ เพิ่มขึ้นจากปี 2562 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 10			
ปี 2564 :						
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน			
-	-	-	ร้อยละ 95ของโรงพยาบาลทุกระดับมีEMS คุณภาพ			
วิธีการประเมินผล :		1.รายงานผลจากฐานข้อมูล 2. รายงานการนำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินโดยทีมปฏิบัติการ แต่ละ ระดับ				
เอกสารสนับสนุน :						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				2557	2558	2559
		N/A	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.091 0204657 2.นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 095 9065542				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข				

ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร.091 0204657 2.นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 095 9065542

เป้าประสงค์ที่ G6	ระบบการรักษาพยาบาล พื้นฟูสภาพและการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 47	ร้อยละของ โรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไปมี ER คุณภาพ
คำนิยาม	การพัฒนาห้องฉุกเฉิน ให้ได้คุณภาพ เป็นหนึ่งในนโยบายของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุ และ ผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้ในระยะแรกเมื่อ พ.ศ. 2555 -2557 โรงพยาบาลแต่ละระดับ ทำการประเมินตนเอง (Self-Assessment) เพื่อทราบถึงจุดเด่น และ จุดอ่อน ที่ต้องการปรับปรุง โดย ยึดตามแนวทางสู่มาตรฐานของการพัฒนาห้องฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ ซึ่งมี 12ประเด็น ทั้งนี้ โรงพยาบาล จะมีคณะกรรมการพัฒนาระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล เป็นผู้ให้ข้อคิดเห็นให้ประเมิน อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ได้ เป็นเพียงแนวทางในการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินในภาพรวม จากข้อคิดเห็นของคณะกรรมการได้เสนอให้ มีแนวทางในการประเมิน ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉินในเชิงลึก เพื่อให้ ง่ายต่อการพัฒนางานฯ และทราบถึง ปัญหาอุปสรรค ของห้องฉุกเฉินแต่ละระดับ รวมทั้ง ทาง สรพ .(สถาบันพัฒนาคุณภาพ) ได้ร่วมมือกับกรมการแพทย์ ภายใต้ Service plantrauma & emergency ในการนำร่อง การพัฒนาตัวชี้วัด ER คุณภาพ ใน ช่วงปี พ.ศ. 2558-2561 ตัวชี้วัดในปี 2560 นี้ จะ เน้นใน 3 ส่วน คือ มิติที่ 1 มิติการบริการ และนโยบาย หมายถึงการประเมินผู้อำนวยการและทีมบริหาร เกี่ยวกับนโยบาย การสนับสนุนการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน มิติที่ 2 มิติผู้ให้บริการ จะเน้น ในประเด็น ความพร้อมของทรัพยากร ได้แก่ อาคารสถานที่ บุคลากร ระบบการให้คำปรึกษา การวิเคราะห์ข้อมูล มิติที่ 3 มิติด้านผู้รับบริการคือ เน้นในด้านผลลัพธ์จากการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล (อ้างอิงนิยาม จากแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานของห้องฉุกเฉินจัดทำโดยกรมการแพทย์ โดยความร่วมมือจากสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย

	และ สถาบันพัฒนาคุณภาพ)นอกจากนี้ เพื่อให้ สอดคล้องกับการเตรียมความพร้อมของโรงพยาบาล			
เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลประเมินตนเอง ใช้วิธีเปรียบเทียบข้อมูลของตนเองในเขตสุขภาพ จากปี 2559 เทียบกับปี 2560				
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63
	ร้อยละ75	ร้อยละ80	ร้อยละ85	ร้อยละ90
				ร้อยละ95
วัตถุประสงค์	เพื่อรองรับผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขนาด F2 ขึ้นไป ได้แก่โรงพยาบาลทุกแห่ง ยกเว้น โรงพยาบาลนาตาล โรงพยาบาลเหล่าเสือโก้ก โรงพยาบาลสว่างวีระวงศ์ โรงพยาบาลนาเยี่ยและโรงพยาบาลน้ำขุ่น			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลจากการประเมินตนเอง ตามคู่มือการพัฒนาระบบรักษายาบาลคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษายาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ตามประเด็นที่กำหนด รวบรวมโดย Data center ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวบรวมวิเคราะห์ในระดับเขตสุขภาพ/จังหวัด/อำเภอ			
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล การประเมินตนเอง			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาล F2 ที่ทำการประเมินตนเอง ตาม มิติที่กำหนด			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาล F2 ทั้งหมด ในจังหวัด/อำเภอ/ เขตบริการสุขภาพ แต่ละ ระดับ			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินติดตามทุก 12 เดือน และวัดระดับเขตสุขภาพ			
เกณฑ์การประเมิน :ปี 2560:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	70
ปี 2561:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	75
ปี 2562:				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	-	-	-	80

ปี 2563:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	85

ปี 2564:

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
-	-	-	90

วิธีการประเมินผล :

จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน

วิธีการประเมินผล :จัดระดับความสำเร็จเป็น 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่1 มีคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ พร้อมทั้งมีผลการดำเนินงาน ในการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 2มีการประเมินตนเองของ โรงพยาบาล ตามแนวทางสู่มาตรฐาน

ของการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของกรมการแพทย์ โดยคณะกรรมการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ของโรงพยาบาล อย่างน้อย ปี ละ ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงข้อเด่นและ ข้อด้อย ของการพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 3 นำผลที่ได้จากการประเมิน นำเสนอผู้บริหารของโรงพยาบาล

และ ระดับสูงขึ้นไป ตามลำดับให้ทราบถึง จุดอ่อนจุดด้อย ที่ประเมิน เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนางานระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินต่อไป

เอกสารสนับสนุน :

1) คู่มือแนวทางการพัฒนาสู่มาตรฐานการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน กรมการแพทย์

2) แบบฟอร์มการประเมินตนเองของโรงพยาบาลแต่ละระดับ

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

Baseline	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
data		2557	2558	2559
NA	ร้อยละ	NA	NA	

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน/รายงาน

1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการโทร.091 0204657

2.นายเอกชัย จรูญเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการโทร. 095 9065542

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุขภัย

เป้าประสงค์ที่ G7	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 48 (PA,ตร.)	ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย
คำนิยาม	1. อาหารสด หมายถึง อาหารที่ยังไม่ผ่านการแปรรูป ที่นำมาเป็นวัตถุดิบในการปรุงประกอบอาหาร ได้แก่ ผัก ผลไม้ และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) 2. อาหารสดมีความปลอดภัย หมายถึง ผัก ผลไม้ ต้องไม่มีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมูสด) ต้องไม่มีการตกค้างจากสารเร่งเนื้อแดง 3. อาหารแปรรูป หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหารไปแล้ว หรืออาหารที่ผสมกับส่วนผสมอื่น ๆ หรือหมายถึง อาหารสดที่แปรรูป ทำให้แห้ง หรือหมักดอง หรือในรูปอื่นๆ รวมทั้งที่ใช้สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/กึ่งยาว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน (รายละเอียดตามเอกสาร KPI Template ประเด็นย่อย 28.1-28.8) 4. อาหารแปรรูปมีความปลอดภัย หมายถึง ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ น้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ผลิตภัณฑ์จากแป้ง (เส้นก๋วยเตี๋ยวชนิดเส้นสด เส้นบะหมี่/กึ่งยาว/ขนมจีน) นมโรงเรียน และน้ำมัน ต้องมีคุณภาพมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด 5.อาหารสดได้รับการตรวจสอบสารฟอร์มาลินและไม่พบการปนเปื้อน
เกณฑ์เป้าหมาย : 1.ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัยร้อยละ 80 2.อาหารสดตรวจไม่พบสารปนเปื้อนฟอร์มาลินร้อยละ 100 3.การดำเนินงานกิจกรรม อย.น้อย ในโรงเรียน ระดับดีขึ้นไป 3.1 โรงเรียนมัธยมร้อยละ 70 3.2 โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาสร้อยละ 50 3.3 โรงเรียนประถมศึกษา ร้อยละ 20	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับอาหารที่มีความปลอดภัยเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1.ผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปที่มีการจำหน่ายในจังหวัดอุบลราชธานี 2. โรงเรียนมัธยม, โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส และโรงเรียนประถมศึกษาในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปผลวิเคราะห์ผ่านมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	B1 = จำนวนอาหารสดตรวจไม่พบสารปนเปื้อนฟอร์มาลิน
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนอาหารสดที่ตรวจ
รายการข้อมูล 5	C1 = จำนวนโรงเรียน ที่มีการดำเนินงานกิจกรรม อย.น้อย ในโรงเรียนระดับดีขึ้นไป
รายการข้อมูล 6	C2 = จำนวนโรงเรียน
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.ร้อยละของผลิตภัณฑ์อาหารสดและอาหารแปรรูปมีความปลอดภัย $= (A1/A2) \times 100$ 2.ร้อยละของอาหารสดตรวจไม่พบสารปนเปื้อนฟอร์มาลิน $= (B1/B2) \times 100$ 3.ร้อยละของโรงเรียน ที่มีการดำเนินงานกิจกรรม อย.น้อย ในโรงเรียนระดับดีขึ้นไป $= (C1/C2) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (รายงานทุกวันที่ 10 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)

เกณฑ์การประเมิน :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน
- มีแผนการดำเนินงานระดับอำเภอ - ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 ของแผน - รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงาน		- ดำเนินการตามแผนการดำเนินงานไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 ของแผน - รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงาน		รายงาน ความก้าวหน้าการดำเนินงานประสานและส่งต่อข้อมูลผลการดำเนินงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในจังหวัด
วิธีการประเมินผล :		- จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจอาหารสดและอาหารแปรรูปตามเกณฑ์ที่กำหนด - จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจสารปนเปื้อนฟอร์มาลินในอาหารสดตรวจตามเกณฑ์ที่กำหนด - จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินงานกิจกรรม อย.น้อย ในโรงเรียน		
เอกสารสนับสนุน :		-		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นางสาวกาญจนา มหาพล โทรศัพท์ 0-4526-2699 นางสาวกิตติยาพร ทองไทย โทรศัพท์ 0-4526-2699		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล		กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน		นางสาวกิตติยาพร ทองไทย		

เป้าประสงค์ที่ G7	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 49 (PA,ตร.)	ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	ผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 ประเภท ได้แก่ ผลิตภัณฑ์อาหาร ยา วัตถุเสพติด เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และ เครื่องมือแพทย์ ที่เก็บจากสถานที่ผลิต นำเข้าหรือจำหน่าย เฉพาะผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับอนุญาตและไม่ต้องขออนุญาตตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ที่ได้รับการตรวจสอบ หมายถึง 1) เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่างของจังหวัดเพื่อตรวจวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจด้วยชุดทดสอบเบื้องต้น 2) เก็บตัวอย่างตามแผนเก็บตัวอย่างของหน่วยตรวจสอบเคลื่อนที่เขตสุขภาพที่ 10
เกณฑ์เป้าหมาย : 1. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 95 2. ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80 3. สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนดำเนินการถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนดร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์	เพื่อผู้บริโภคได้บริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีคุณภาพ ปลอดภัย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผลิตและจำหน่ายในจังหวัดอุบลราชธานี ผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมจากผลการตรวจสอบเฝ้าระวังฯ ตามแบบรายงาน ทุกไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	A1 = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ตรวจสอบทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	B = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 4	B1 = จำนวนผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ตรวจสอบทั้งหมด

รายการข้อมูล 5	C = จำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 6	C1 = จำนวนสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนที่ตรวจสอบทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด $= (A1/A2) \times 100$ 2.ร้อยละของผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนมีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด $=(B1/B2) \times 100$ 3.ร้อยละของสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนดำเนินการถูกต้องตามเกณฑ์ที่กำหนด $= (C1/C2) \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4 (รายงานทุกวันที่ 10 ของเดือนธันวาคม, มีนาคม, มิถุนายน, กันยายน)		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
1. การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยงด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ			
1. คณะทำงานพัฒนาระบบการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอ 2. ทีมคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอและจังหวัด (ทีม SAT)	1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 6 เดือน 2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	1. สรุปผลการดำเนินงานและสถานการณ์เฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพ 2. สื่อสารผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Risk Management) เพื่อการจัดการปัญหา	1. สถานการณ์ผลิตภัณฑ์สุขภาพระดับอำเภอ และจังหวัด 2. ข้อเสนอเชิงนโยบายในการจัดการปัญหาด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ 3. ถอดบทเรียนจากการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงในปีต่อไป
2. การตรวจสอบเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์สุขภาพตาม PA ปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
3. แผนการเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์	3. ดำเนินการตาม	3. ดำเนินการตาม	

สุขภาพระดับอำเภอ 4. ดำเนินการตามแผนเฝ้าระวังฯ ได้ ร้อยละ 30	แผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ สุขภาพได้ ร้อยละ 65	แผนเฝ้าระวังผลิตภัณฑ์ สุขภาพ ร้อยละ 100	
วิธีการประเมินผล :	1. จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด 2. จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนตามเกณฑ์ที่กำหนด 3. จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจสถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สุขภาพชุมชนตาม เกณฑ์ ที่กำหนด		
เอกสารสนับสนุน :	-		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวกาญจนา มหาพล โทรศัพท์ 0-4526-2699 นางสาวกิตติยาพร ทองไทย โทรศัพท์ 0-4526-2699		
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวกิตติยาพร ทองไทย		

เป้าประสงค์ที่ G7	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด 150 (ตร.)	ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์ มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
คำนิยาม	สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ หมายถึง สถาน บริการสุขภาพ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ตาม พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ.2541 ซึ่งมี 2 ประเภทได้แก่สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และ สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาล เอกชน) กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม พ.ร.บ.สถานประกอบการเพื่อ สุขภาพ พ.ศ.2559 กลุ่มที่ 3 สถานประกอบการเกี่ยวกับวัตถุเสพติด หมายถึง 3.1 สถานพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลเอกชน คลินิกเวชกรรม คลินิกเวช กรรมเฉพาะทาง คลินิกทันตกรรม คลินิกทันตกรรมเฉพาะทาง) ที่มีใบอนุญาต

	ให้ครอบคลุมซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 2 และวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2, 3 และ 4 3.2 ร้านขายยาแผนปัจจุบัน ที่มีใบอนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ประเภท 3 หรือ 4 และมีใบอนุญาตจำหน่ายหรือมีไว้ในครอบครองซึ่งยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หมายถึง กระบวนการที่สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด หรือได้รับการส่งเสริม ดังนี้ กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลเอกชนผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด กลุ่มที่ 3 สถานประกอบการเกี่ยวกับวัตถุเสพติดปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย
เกณฑ์เป้าหมาย : กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาลได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 100 กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้รับการตรวจ ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 60 เกณฑ์เป้าหมายรวมเฉลี่ย ร้อยละ 80 กลุ่มที่ 3 สถานประกอบการเกี่ยวกับวัตถุเสพติดปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย ร้อยละ 98	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีคุณภาพตามมาตรฐาน ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และสถานประกอบการเกี่ยวกับ วัตถุเสพติดปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จังหวัดอุบลราชธานี สถานประกอบการเกี่ยวกับวัตถุเสพติด จังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบรายงานผลการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนสถานพยาบาลผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล 2	A2 = จำนวนสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนทั้งหมด
รายการข้อมูล 3	B1 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด
รายการข้อมูล 4	B2 = จำนวนสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ยื่นขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ

รายการข้อมูล 5	C1 = จำนวนสถานประกอบการเกี่ยวกับวัตถุเสพติดปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย			
รายการข้อมูล 6	C2 = จำนวนสถานประกอบการเกี่ยวกับวัตถุเสพติด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1.ร้อยละของสถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด = ((A1/A2) x 100 + (B1/B2) x 100))/2 2.ร้อยละของสถานประกอบการเกี่ยวกับวัตถุเสพติดปฏิบัติถูกต้องตามกฎหมาย = (C1/C2) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 1, 2, 3 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 25	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 50	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 75	กลุ่มที่ 1 สถานพยาบาล ร้อยละ 100	
กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 30	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 40	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 50	กลุ่มที่ 2 สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 60	
เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ27.5	เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 45	เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 62.5	เกณฑ์การประเมินรวมเฉลี่ย สถานพยาบาลและสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ร้อยละ 80	
วิธีการประเมินผล :	กลุ่ม 1 จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด กลุ่ม 2 จัดทำรายงานสรุปผลการตรวจผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กฎหมายกำหนด			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวกาญจนา มหาพล โทรศัพท์ 0-4526-2699 นางสาวกิตติยาพร ทองไทย โทรศัพท์ 0-4526-2699			

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวกิตติยาพร ทองไทย

เป้าประสงค์ที่ G7	ระบบคุ้มครองผู้บริโภคมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด 151 (PA , ตร. ,R29)	ร้อยละของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	การประเมินโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล เป็นการประเมินโรงพยาบาล/เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ ซึ่งประกอบด้วยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาล 18 ตัวชี้วัด และเกณฑ์การประเมิน รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ 2 ตัวชี้วัด รวมเป็น จำนวน 20 ตัวชี้วัด (หากกรณีเป็น รพ.ระดับ A-M1 จะเพิ่มการประเมินเรื่องการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) 1 ตัวชี้วัด) ระดับการพัฒนาสู่การเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU) ดังนี้ ขั้นที่ 1 หมายถึง มีนโยบาย RDU มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีมาตรการและกิจกรรมส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล มีการพัฒนาระบบสารสนเทศในการจัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด RDU 20 ตัวชี้วัด และมีการติดตามประเมินผล (และกรณีเป็น รพ.ระดับ A-M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการจัดการการดื้อยา (AMR) ทั้งการเฝ้าระวังทางห้องปฏิบัติการ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ และการดูแลกำกับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล) ขั้นที่ 2 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU และผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 8 ตัวชี้วัด จาก 20 ตัวชี้วัด (และกรณีเป็น รพ.ระดับ A-M1 ต้องมีรายงานอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือด) ขั้นที่ 3 หมายถึง มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด RDU และผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า 16 ตัวชี้วัด จาก 20 ตัวชี้วัด (และกรณีเป็น รพ.ระดับ A-M1 ต้องมีอัตราการติดเชื้อดื้อยา (AMR) ในกระแสเลือดลดลงจากปีก่อน) ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา (Antimicrobial Resistance ; AMR) ในกระแสเลือด หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดจากแบคทีเรีย 8 ชนิด ได้แก่

	<i>Acinetobacter</i> spp., <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Pseudomonas</i> spp., <i>Salmonella</i> spp. <i>Enterococcus faecium</i> และ <i>Streptococcus pneumonia</i> การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้ 1.1 รพ.สต. และหน่วยบริการปฐมภูมิจะต้องมีกิจกรรมหรือเผยแพร่สื่อเพื่อสร้างความเข้าใจ ในการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้ผู้ป่วยและประชาชน กิจกรรม อย.น้อยในโรงเรียนประถมศึกษาโอกาสและมัธยม และติดประกาศเจตนารมณ์แนวทางการดำเนินงานRDU ไว้ในที่เปิดเผย 1.2 รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องมีแผนและดำเนินการตรวจสอบเฝ้าระวังการจำหน่ายยาปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์ (Steroid) เช่น ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนัทยาสมุนไพรผสมSteroid หรือ NSAIDs ในร้านชำ 1.3 รพ.สต./หน่วยบริการปฐมภูมิผ่านตัวชี้วัดRDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ การประเมินตำบลที่ได้รับการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน หมายถึง การประเมิน โดยการกำหนดให้ทุกอำเภอทุกตำบลทุกหมู่บ้านดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน เช่น การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ประชาชน หรือ พัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวัง กระกระจายยาที่ไม่เหมาะสมในชุมชน หรือ การเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการใช้ยา หรือมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุกให้ประชาชนทราบถึงช่องทางการปรึกษา และแก้ปัญหา ด้านยา เป็นต้น การประเมินครัวเรือนมีการใช้ยาปลอดภัย หมายถึง การประเมินอำเภอ โดยกำหนดให้ทุกอำเภอ (เลือกกลุ่มอำเภอละ 1 ตำบล ๆ ละ 1 หมู่บ้าน ๆ ละ 10 ครัวเรือน ๆ ละ 1 ตัวอย่าง) ดำเนินการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในครัวเรือน โดยการเก็บตัวอย่างยาเพื่อทดสอบหาการปนเปื้อนของสารสเตียรอยด์ (ชุดทดสอบอย่างง่าย) และการตรวจสอบยาปฏิชีวนะเหลือใช้เก็บไว้ในครัวเรือน หมายเหตุ: รายละเอียดตามหนังสือ ที่ สธ 0228.05/ว 936 ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน 2559 เรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ปีงบประมาณ 2560

เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
1.โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 1 และชั้นที่ 2 ทุกแห่ง	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 2 ทุกแห่งและ ชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 25 ของ โรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDUชั้นที่ 2 ทุกแห่งและชั้นที่ 3 ไม่ น้อยกว่าร้อยละ 50 ของโรงพยาบาล ทั้งหมด	โรงพยาบาล RDUชั้นที่ 2 ทุกแห่งและชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาล RDU ชั้นที่ 3 ทุกแห่ง
- รพ. ระดับA-M1 ต้องมี แผนปฏิบัติการการ จัดการการติดเชื้อ(AMR) ใน รพ. - มีข้อมูล (Baseline Data) ของอัตราการติด เชื้อดื้อยาในกระแส เลือด	อัตราการติดเชื้อ ดื้อ ยาในกระแสเลือด ลดลงร้อยละ 10 จาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อ ดื้อ ยาในกระแสเลือดลดลง ร้อยละ 20 จาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อดื้อยาใน กระแสเลือดลดลง ร้อยละ 30 จาก Baseline Data	อัตราการติดเชื้อ ดื้อยาในกระแสเลือด ลดลงร้อยละ 50 จาก Baseline Data
2.รพ.สต. ทุกแห่งต้อง ดำเนินการตามเกณฑ์ที่ กำหนดทั้ง 3 ข้อ และ ผ่าน ตัวชี้วัดRDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการใช้ ยาปฏิชีวนะครบ 100 %	รพ.สต. ทุกแห่งต้อง ดำเนินการตามเกณฑ์ ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ และผ่าน ตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่ เกี่ยวกับการใช้ยา ปฏิชีวนะครบ 100 %	รพ.สต. ทุกแห่งต้อง ดำเนินการตามเกณฑ์ที่ กำหนดทั้ง 3 ข้อ และ ผ่าน ตัวชี้วัดRDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการใช้ ยาปฏิชีวนะครบ 100 %	รพ.สต. ทุกแห่งต้อง ดำเนินการตามเกณฑ์ที่ กำหนดทั้ง 3 ข้อ และผ่าน ตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่ เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ครบ 100 %	รพ.สต. ทุกแห่งต้อง ดำเนินการตามเกณฑ์ ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ และ ผ่าน ตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการใช้ ยาปฏิชีวนะครบ 100 %
3. ตำบลมีการดำเนิน กิจกรรมการส่งเสริมการ ใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ร้อยละ100 ของจำนวน ตำบลทั้งหมด	ตำบลมีการดำเนิน กิจกรรมการส่งเสริม การใช้ยาปลอดภัยใน ชุมชนร้อยละ100 ของจำนวนตำบล ทั้งหมด	ตำบลมีการดำเนิน กิจกรรมการส่งเสริมการ ใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ร้อยละ100 ของจำนวน ตำบลทั้งหมด	ตำบลมีการดำเนิน กิจกรรมการส่งเสริมการใช้ ยาปลอดภัยในชุมชนร้อย ละ100 ของจำนวนตำบล ทั้งหมด	ตำบลมีการดำเนิน กิจกรรมการส่งเสริมการ ใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ร้อยละ100 ของ จำนวนตำบลทั้งหมด
4. ร้อยละ 85 ของ ครัวเรือนเป้าหมายต้อง ไม่พบสารปนเปื้อน สเตียรอยด์ในยาและไม่ พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ เก็บไว้	ร้อยละ 90 ของ ครัวเรือนเป้าหมาย ต้องไม่พบสาร ปนเปื้อน สเตียรอยด์ในยาและ ไม่พบยาปฏิชีวนะ	ร้อยละ 95 ของ ครัวเรือนเป้าหมายต้อง ไม่พบสารปนเปื้อน สเตียรอยด์ในยาและไม่ พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้ เก็บไว้	ร้อยละ 100 ของครัวเรือน เป้าหมายต้องไม่พบสาร ปนเปื้อน สเตียรอยด์ ในยาและ ไม่พบยา ปฏิชีวนะเหลือใช้เก็บไว้	ร้อยละ 100 ของ ครัวเรือนเป้าหมาย ต้องไม่พบสาร ปนเปื้อนสเตียรอยด์ใน ยาและไม่พบยา ปฏิชีวนะเหลือใช้เก็บ

	เหลือใช้เก็บไว้			ไว้								
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและปลอดภัยในการใช้ยา (RDU) ทั้งในระดับโรงพยาบาล อำเภอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และชุมชน 2. เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยาและลดการป่วยจากเชื้อดื้อยา (AMR)											
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิในเครือข่าย ระดับอำเภอ และชุมชน											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงาน											
แหล่งข้อมูล	ข้อมูลจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน หน่วยบริการปฐมภูมิ ในเครือข่ายระดับอำเภอ และชุมชน											
1. การประเมินโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล												
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(RDU) ตามเกณฑ์ที่กำหนด											
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด											
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100											
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 4											
เกณฑ์การประเมิน :												
ปี 2560 :												
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง</td><td>-มีกิจกรรมส่งเสริม RDU- -AMR -ที่รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด</td><td>มีรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด</td><td>-ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผล ชั้นที่ 1และชั้นที่ 2 ทุกแห่ง -รพ.ระดับ A-M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการจัดการดื้อยา(AMR) ใน รพ. -มีข้อมูล(Baseline Data) ของอัตราการติดเชื้อมื้อยาในกระแสเลือด</td></tr></table>					รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	-มีกิจกรรมส่งเสริม RDU- -AMR -ที่รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	มีรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด	-ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผล ชั้นที่ 1และชั้นที่ 2 ทุกแห่ง -รพ.ระดับ A-M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการจัดการดื้อยา(AMR) ใน รพ. -มีข้อมูล(Baseline Data) ของอัตราการติดเชื้อมื้อยาในกระแสเลือด
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน									
มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	-มีกิจกรรมส่งเสริม RDU- -AMR -ที่รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด	มีรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด	-ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผล ชั้นที่ 1และชั้นที่ 2 ทุกแห่ง -รพ.ระดับ A-M1 ต้องมีแผนปฏิบัติการการจัดการดื้อยา(AMR) ใน รพ. -มีข้อมูล(Baseline Data) ของอัตราการติดเชื้อมื้อยาในกระแสเลือด									

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			-ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ชั้นที่ 2 ทุกแห่งและชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 25 ของโรงพยาบาลทั้งหมด -อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ10 จาก Baseline Data

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			-ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ชั้นที่ 2 ทุกแห่งและชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 ของโรงพยาบาลทั้งหมด -อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ20 จาก Baseline Data

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			-ประเมินผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสรุปร้อยละของโรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ชั้นที่ 2 ทุกแห่งและชั้นที่ 3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของโรงพยาบาลทั้งหมด -อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือดลดลงร้อยละ30 จาก Baseline Data

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			-ประเมินผลการดำเนินงานของ โรงพยาบาล และสรุปร้อยละของ โรงพยาบาลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และชั้นที่ 3 ทุกแห่ง -อัตราการติดเชื้อดื้อยาในกระแสเลือด ลดลงร้อยละ 50 จาก Baseline Data

2. การประเมินโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนรพ.สต. มีการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล(RDU) ตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล 2	B = จำนวน รพ. สต. ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลา ประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีนโยบายและแผนการ ดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตาม แนวทาง - มีแผนเฝ้าระวังการจำหน่ายยา ปฏิชีวนะ ยาสเตียรอยด์(steroid) เช่น ผลิตภัณฑ์ลดน้ำหนักรักษา สมุนไพรรักษา Steroid หรือ NSAIDs ในร้านชำ	-ติดประกาศเจตนารมณ์ RDUในที่เปิดเผย -มีกิจกรรมหรือเผยแพร่สื่อ เพื่อสร้างความเข้าใจใน การใช้ยาปฏิชีวนะอย่าง สมเหตุสมผลให้ผู้ป่วยและ ประชาชน -กิจกรรม อย.น้อย	-การพัฒนาด้าน สารสนเทศให้เก็บรายงาน ตามตัวชี้วัด และมีรายงานผลการ ดำเนินงานตามตัวชี้วัด	ประเมินผลการดำเนินงาน ของรพ.สต. และสรุปร้อยละ ของรพ.สต. ที่มีการ ดำเนินการตามเกณฑ์ที่ กำหนดทั้ง 3 ข้อ และผ่าน ตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่ เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ครบ 100%

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. และสรุปร้อยละ ของ รพ.สต. ที่ดำเนินการตามเกณฑ์ ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ และผ่าน ตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ปฏิชีวนะครบ 100 %

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. และสรุปร้อยละของ รพ.สต. ที่ดำเนินการตามเกณฑ์ ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ และผ่าน ตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะครบ 100 %

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. และสรุปร้อยละของ รพ.สต. ที่ดำเนินการตามเกณฑ์ ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ และผ่าน ตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะครบ 100 %

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ประเมินผลการดำเนินงานของ รพ.สต. และสรุปร้อยละของ รพ.สต. ที่ดำเนินการตามเกณฑ์ ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ และผ่าน ตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะครบ 100 %

3. การประเมินตำบลที่ได้รับการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนตำบลที่มีกาทำเนิกรกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนตำบลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	- มีกิจกรรมหรือเผยแพร่สื่อเพื่อสร้างความเข้าใจในการใช้ยา ปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผลให้ผู้ป่วยและประชาชน	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	ตำบลมีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชน ร้อยละ 100 ของจำนวนตำบลทั้งหมด

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	ตำบลมีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนร้อยละ 100 ของจำนวนตำบลทั้งหมด

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	ตำบลมีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนร้อยละ 100 ของจำนวนตำบลทั้งหมด

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	ตำบลมีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนร้อยละ 100 ของจำนวนตำบลทั้งหมด

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	ตำบลมีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมการใช้ยาปลอดภัยในชุมชนร้อยละ 100 ของจำนวนตำบลทั้งหมด

4. การประเมินครัวเรือนมีการใช้ยาปลอดภัย

รายการข้อมูล 1	A = จำนวนครัวเรือนที่ได้รับการตรวจแล้วไม่พบสารปนเปื้อน สเตียรอยด์ ในยาและไม่พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้เก็บไว้

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนครัวเรือนเป้าหมายทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	ร้อยละ 85 ของครัวเรือนเป้าหมายต้องไม่พบสารปนเปื้อน สติยรอยดินยาและไม่พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้เก็บไว้
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	ร้อยละ 90 ของครัวเรือนเป้าหมายต้องไม่พบสารปนเปื้อน สติยรอยดินยาและไม่พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้เก็บไว้
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	ร้อยละ 95 ของครัวเรือนเป้าหมายต้องไม่พบสารปนเปื้อน สติยรอยดินยาและไม่พบยาปฏิชีวนะเหลือใช้เก็บไว้
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีนโยบายและแผนการดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อนตามแนวทาง	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรมตามแผนที่วางไว้	ร้อยละ 100 ของครัวเรือนเป้าหมายต้องไม่พบสารปนเปื้อน สติยรอยดินยา

				และไม่พบยาปฏิชีวนะ เหลือ ใช้เก็บไว้	
ปี 2564 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
	มีนโยบายและแผนการ ดำเนินงานเพื่อขับเคลื่อน ตามแนวทาง	มีการดำเนินกิจกรรมตาม แผนที่วางไว้	มีการดำเนินกิจกรรม ตามแผนที่วางไว้	ร้อยละ 100 ของครัวเรือน เป้าหมายต้องไม่พบสาร ปนเปื้อน สเตียรอยด์ใน ยาและไม่พบยาปฏิชีวนะ เหลือใช้เก็บไว้	
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking					
Ranking	5 คะแนน	4 คะแนน	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน
โรงพยาบาล	- มีการรายงาน ผลการ ดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัดและ ผ่านตัวชี้วัด ที่กำหนด 12 ตัวชี้วัด 100 % - รพ. ระดับA- M1 ต้องมี แผนปฏิบัติการ การจัดการการ ดื้อยา (AMR) ใน รพ. และมีข้อมูล (Baseline Data) ของ อัตราการติด เชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด	- มีการรายงาน ผลการ ดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัดและ ผ่านตัวชี้วัด ที่กำหนด 12 ตัวชี้วัด 100 % - รพ. ระดับA- M1 ต้องมี แผนปฏิบัติการ การจัดการการ ดื้อยา (AMR) ใน รพ. และมีข้อมูล (Baseline Data) ของ อัตราการติด เชื้อดื้อยาใน กระแสเลือด	- มีการรายงานผลการ ดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัดและผ่านตัวชี้วัด ที่กำหนด 12 ตัวชี้วัด 100 % - รพ. ระดับA-M1 ต้องมี แผนปฏิบัติการการ จัดการการดื้อยา(AMR) ใน รพ.และมีข้อมูล (Baseline Data) ของ อัตราการติดเชื้อดื้อยา ในกระแสเลือด	- มีการรายงานผลการ ดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัดและผ่านตัวชี้วัด ที่กำหนด 12 ตัวชี้วัด 100 % - รพ. ระดับA-M1 ต้องมี แผนปฏิบัติการการ จัดการการดื้อยา(AMR) ใน รพ.และมีข้อมูล (Baseline Data) ของ อัตราการติดเชื้อดื้อยา ในกระแสเลือด	- มีการรายงานผลการ ดำเนินการ ครบ 20 ตัวชี้วัดและผ่านตัวชี้วัด ที่กำหนด 12 ตัวชี้วัด 100 % - รพ. ระดับA-M1 ต้องมี แผนปฏิบัติการการ จัดการการดื้อยา(AMR) ใน รพ.และมีข้อมูล (Baseline Data) ของ อัตราการติดเชื้อดื้อยา ในกระแสเลือด

Ranking	5 คะแนน	4 คะแนน	3 คะแนน	2 คะแนน	1 คะแนน
อำเภอ	1.รพ.สต.ทุกแห่งมีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ 2.รพ.สต.ทุกแห่งผ่านตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะครบ 100% 3.ประเมินการใช้ยาปลอดภัยในครัวเรือน **รพ.สต.ต้องดำเนินการผ่านทั้ง 3 ข้อ คิดเป็น 90-100% ของรพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอ	1.รพ.สต.ทุกแห่งมีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ 2.รพ.สต.ทุกแห่งผ่านตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะครบ 100% 3.ประเมินการใช้ยาปลอดภัยในครัวเรือน **รพ.สต.ต้องดำเนินการผ่านทั้ง 3 ข้อ คิดเป็น 70-89% ของรพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอ	1.รพ.สต.ทุกแห่งมีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ 2.รพ.สต.ทุกแห่งผ่านตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะครบ 100% 3.ประเมินการใช้ยาปลอดภัยในครัวเรือน **รพ.สต.ต้องดำเนินการผ่านทั้ง 3 ข้อ คิดเป็น 60-69% ของรพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอ	1.รพ.สต.ทุกแห่งมีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ 2.รพ.สต.ทุกแห่งผ่านตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะครบ 100% 3.ประเมินการใช้ยาปลอดภัยในครัวเรือน **รพ.สต.ต้องดำเนินการผ่านทั้ง 3 ข้อ คิดเป็น 50-59% ของรพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอ	1.รพ.สต.ทุกแห่งมีการดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดทั้ง 3 ข้อ 2.รพ.สต.ทุกแห่งผ่านตัวชี้วัด RDU 2 ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาปฏิชีวนะครบ 100% 3.ประเมินการใช้ยาปลอดภัยในครัวเรือน **รพ.สต.ต้องดำเนินการผ่านทั้ง 3 ข้อ คิดเป็น <50 % ของรพ.สต.ทั้งหมดในอำเภอ
วิธีการประเมินผล :	การรายงาน และการวิเคราะห์เปรียบเทียบผล				
เอกสารสนับสนุน :	รายการตัวชี้วัดเพื่อประเมินระดับการพัฒนาสู่การเป็นหน่วยบริการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล				

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด /ผู้รับผิดชอบรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นางดวงเดือน จันทสุริยวิช เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 081-8791257 โทรสาร : 045-262699 E-mail : aor1257@gmail.com 2.นางสาววิชุดา สืบสาย เกสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 081-9772903 โทรสาร : 045-262699 E-mail : tarjed@gmail.com 3. นายวิรัตน์ พวงจันทร์ เกสัชกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 โทรศัพท์มือถือ : 086-2564539 โทรสาร : 045-262699 E-mail : wirat7152@gmail.com
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค ฯ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่ G8	ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง		
ตัวชี้วัด I 52	ร้อยละของภาคีเครือข่ายมีการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมาย		
คำนิยาม	ภาคีเครือข่าย หมายถึง หน่วยงานราชการ ภาคประชาชน องค์กรเอกชนในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ ที่มีบทบาทในการส่งเสริมและสนับสนุนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพประชาชน การดำเนินงาน หมายถึง มีการจัดกิจกรรมที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ให้แก่ประชาชนตามเกณฑ์ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด เช่น การประเมินสภาวะพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การถ่ายทอดความรู้ผ่านสื่อต่างๆ การรณรงค์ด้านสุขภาพ การเสวนา กลุ่มเรื่องการดูแลสุขภาพ การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพโดยชุมชนการจัดตั้งศูนย์การเรียนรู้ด้านสุขภาพ การจัดสถานที่ออกกำลังกาย เป็นต้น ตำบลจัดการสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพเพื่อพัฒนามาบทบาทภาคประชาชนท้องถิ่นและทุกภาคส่วนมีการบูรณาการร่วมกันช่วยกันค้นหาหรือกำหนดปัญหาสุขภาพกำหนดอนาคตดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพและมาตรการทางสังคมรวมทั้งนวัตกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองด้วยความตั้งใจเต็มใจมีจิตสำนึกสาธารณะและผ่านการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 70
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพได้ดำเนินงานพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 2. เพื่อให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ตำบลจัดการสุขภาพ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- นิเทศติดตาม - ประเมินผลการดำเนินงาน - สรุปรายงาน		

แหล่งข้อมูล	1. รายงานการประเมินผลการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย กองสุขศึกษา 2. คู่มือการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ		
รายการข้อมูล 1	จำนวนภาคีเครือข่ายที่มีการดำเนินงานตามเกณฑ์ที่กำหนด		
รายการข้อมูล 2	จำนวนภาคีเครือข่ายที่เป็นเป้าหมายรายปีทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{\text{รายการข้อมูล 1} \times 100}{\text{รายการข้อมูล 2}}$		
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 1 ครั้ง (ก.ค. – ก.ย. 2560)		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 70
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 75
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 80
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 85
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 90

เกณฑ์การให้คะแนน

1. มีคณะทำงานที่มาจากภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ อย่างน้อย 5 เครือข่ายเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. พระ โรงเรียน ชมรมต่างๆ องค์การอิสระในพื้นที่ เป็นต้น
2. ภาคีเครือข่ายมีการประชุมวิเคราะห์ เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพในพื้นที่
- ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพร่วมจัดทำแผนการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่
4. ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพร่วมจัดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเช่น วนรงค์โรคตามฤดูกาล จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้สำหรับประชาชน จัดกิจกรรมและเปลี่ยนเรียนรู้ในพื้นที่ จัดค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นต้น
5. ภาคีเครือข่ายร่วมตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการดำเนินงานในปีต่อไป

วิธีการประเมินผล : 	การเยี่ยมเสริมพลังการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ ขั้นที่ 1 ขั้นที่ 2 ขั้นที่ 3 ขั้นที่ 4 ขั้นที่ 5 ขั้นที่ 1 มีคำสั่งแต่งตั้ง คณะทำงาน ขั้นที่ 2 ภาคีเครือข่ายให้ ข้อมูล วิเคราะห์ ปัญหาสาธารณสุข ขั้นที่ 3 ภาคีเครือข่ายร่วม จัดทำแผนสุขภาพ ตำบล ขั้นที่ 4 ภาคีเครือข่ายร่วมจัด กิจกรรมสร้างสุขภาพ ขั้นที่ 5 ภาคีเครือข่าย ร่วมตรวจสอบและ ประเมินผลการ ดำเนินงาน
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ แนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางเพ็ญพิไล ชื้อสัตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 083-1271459 โทรสาร : 045-261864 E-mail : suesat7177@gmail.com
หน่วยงานประมวผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางเพ็ญพิไล ชื้อสัตย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เป้าประสงค์ G8	ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง			
ตัวชี้วัด I 53(R30)	ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) คุณภาพ			
คำนิยาม	ระบบสุขภาพอำเภอ (District Health System : DHS) เป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกับทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการขึ้นชมและการจัดการความรู้ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองได้ไม่ทอดทิ้งกันโดยมีเป้าหมายร่วมเพื่อสุขภาพของประชาชน ระบบบริการปฐมภูมิ หมายถึง ระบบบริการระดับปฐมภูมิที่ให้บริการแบบผสมผสานองค์รวมและต่อเนื่องทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพบริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาที่คุกคามสุขภาพบริการรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสมรรถภาพสนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวมีระบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน และชุมชนและเชื่อมโยงกับระบบบริการระดับทุติยภูมิตติยภูมิอย่างเป็นระบบมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพโดยมีประชากรที่เป็นเป้าหมายในการให้บริการ (catchments population) และผู้ให้บริการโดยทีมหมอครอบครัว (Family care team) ชุมชนและท้องถิ่น หมายถึง ประชาชนครอบครัวหมู่บ้านองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นองค์กรอิสระ (NGO) ภาครัฐภาคเอกชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน คุณภาพ หมายถึง มีผลการดำเนินการดังนี้ 1. มีระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System : DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นตามองค์ประกอบ UCARE-Cและมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA 2. มีผลลัพธ์ความสำเร็จการดำเนินงานตามประเด็นODOP ของพื้นที่อย่างน้อย 1 ประเด็น 3. มีการจัดการให้มีการดูแลสุขภาพร่วมกันเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการทั้ง Acute & Chronic care			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 95	ร้อยละ 96	ร้อยละ 97	ร้อยละ 98	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น โดยหลักการ “พื้นที่เป็นฐานประชาชนเป็นศูนย์กลาง”			

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี 25 อำเภอ		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แบบรายงานผลการประเมินตนเอง 2. ผลการประเมินจากภายนอก 3. ผลสำเร็จของการดำเนินงานตาม ODOP อย่างน้อย 1 ประเด็น		
แหล่งข้อมูล	District Health System ทุกอำเภอ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มี District Health System ผ่านเกณฑ์คุณภาพ		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอ 25 แห่ง		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน :ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการทบทวนคณะกรรมการ DHS โครงสร้างที่มืหมอครบครัน -ประเมินตนเองโดยUCARE-C - มีกระบวนการคัดเลือก ODOP อย่างน้อย 3 เรื่อง -มีแผนดำเนินงาน DHS - PCA	- มีแนวทางการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับ Service Plan และบูรณาการ 5 กลุ่มวัยโดยที่มืหมอครบครัน	มีระบบบริหารจัดการ/กลไกแก้ปัญหาสุขภาพ ODOP โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	- อำเภอผ่านเกณฑ์ DHS คุณภาพ ร้อยละ 95 -สรุปผลการดำเนินการแก้ไขปัญหตาม ODOP และมีการกระบวนการดำเนินงานที่ดีเด่นอย่างน้อย 1 เรื่อง
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	- อำเภอผ่านเกณฑ์ DHSคุณภาพ ร้อยละ 96 -สรุปผลการแก้ไขปัญหตาม ODOP และมีกระบวนการดำเนินงานที่ดีเด่นอย่างน้อย 2เรื่อง
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	- อำเภอผ่านเกณฑ์DHSคุณภาพ ร้อยละ 97 -สรุปผลการดำเนินการแก้ไขปัญหตาม ODOP และมีการกระบวนการดำเนินงานที่ดีเด่นอย่างน้อย 3 เรื่อง

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	- อำเภอฟานเกษตรDHSคุณภาพ ร้อยละ 98 -สรุปผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตาม ODOP และมีการกระบวนการดำเนินงานที่ดีเด่นอย่างน้อย 3 เรื่อง

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	- อำเภอฟานเกษตรDHSคุณภาพ ร้อยละ 100 -สรุปผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาตาม ODOP และมีการกระบวนการดำเนินงานที่ดีเด่นอย่างน้อย 3 เรื่อง

เกณฑ์การให้คะแนนRanking

1คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
ระดับคะแนน UCARE-C = 2.5	ระดับคะแนน UCARE-C = 3	ระดับคะแนน UCARE-C= 3 ผลลัพธ์ ODOP ที่สำเร็จ 1 ประเด็น	ระดับคะแนน UCARE-C= 3.5 ผลลัพธ์ODOP ที่ สำเร็จ 1 ประเด็น	ระดับคะแนน UCARE-C4 ขึ้นไป ผลลัพธ์ODOP ที่ สำเร็จ 1 ประเด็น

หมายเหตุ ผลจากการประเมินจากภายนอก

วิธีการประเมินผล :

1. การประเมินตนเอง (Self- Assessment) โดยใช้แนวทางการพัฒนา DHS – PCA
2. มีแผนการดำเนินงานที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิรวมถึงการจัดบริการใน 5 กลุ่มวัยและการบูรณาการร่วมกับการพัฒนาระบบบริการ (Service Plan)
3. มีการดำเนินการตามแผนโดยมีระบบบริหารจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนไม่น้อยกว่าอำเภอละ 3 เรื่องและมีผลลัพธ์ของ ODOP ในพื้นที่อย่างน้อย 1 เรื่อง
4. มีทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอ/ระดับตำบล/ระดับ ชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ติดเตียง ผู้พิการที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ป่วย palliative care และเด็กอายุ 0-5 ปี

	ที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ 5. มีการประเมินตามองค์ประกอบ UCARE-C และมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อตามแนวทางการพัฒนา DHS – PCA โดยผู้เยี่ยมระดับอำเภอ /ระดับจังหวัด(External Audit)
เอกสารสนับสนุน :	1.หนังสือการขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (ล้อ.) ฉบับประเทศไทย 2.หนังสือเสริมคุณค่าปฐมภูมิด้วยระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รอส.) 3.หนังสือทีมหมอครอบครัว (Family Care Team)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางสุภาภรณ์ อุดมมิ่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 -4526-2692 ต่อ 2100,2323 โทรศัพท์มือถือ : 089-8449962 E-mail : tunsupa48@hotmail.com 2.นางสาวโสมนัสสา โสคำภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 -4526-2692 ต่อ 2100,2323 โทรศัพท์มือถือ : 086-8699825 E-mail : sommanatsa@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสุภาภรณ์ อุดมมิ่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 -4526-2692 ต่อ 2100,2323 โทรศัพท์มือถือ : 089-8449962 E-mail : tunsupa48@hotmail.com 2.นางสาวโสมนัสสา โสคำภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 0 -4526-2692 ต่อ 2100,2323 โทรศัพท์มือถือ : 086-8699825 E-mail : sommanatsa@hotmail.com

เป้าประสงค์ที่ G8	ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง
ตัวชี้วัด I 54 (R31)	ร้อยละ ของสมัชชาสุขภาพจังหวัด/ อำเภอ มีการดำเนินการตามเกณฑ์
คำนิยาม	สมัชชาสุขภาพ หมายถึง กระบวนการที่ให้ประชาชนและหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องได้ร่วมแลกเปลี่ยนองค์ความรู้และเรียนรู้อย่างสมานฉันท์ เพื่อนำไปสู่การเสนอแนะนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ หรือความมีสุขภาพของประชาชน โดยจัดให้มีการประชุมอย่างเป็นระบบและอย่างมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่เปิดพื้นที่สาธารณะรูปแบบใหม่ให้กับทุกฝ่ายในสังคม ได้แก่ ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรประชาสังคม องค์กรเอกชน นักวิชาการและวิชาชีพ รวมทั้งฝ่ายการเมืองและราชการ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น ได้เข้ามาร่วมกันทำงานเชิงนโยบายที่เรียกว่า การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ตามวิถีทางประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม ที่มีความสำคัญควบคู่ไปกับประชาธิปไตยแบบตัวแทน เกณฑ์มาตรฐาน หมายถึง เกณฑ์การประเมินกระบวนการพัฒนาที่กำหนดขึ้นเพื่อให้เป็นกรอบในการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพจังหวัด/อำเภอ เพื่อเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี ประกอบด้วย 6 กระบวนการ ดังนี้ 1) การสร้างกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 1.1 การสร้างความเข้าใจประชาชนในพื้นที่ 1.2 การแต่งตั้งคณะกรรมการ 1.3 การกำหนดกลไกการขับเคลื่อน 2) การจัดกลุ่มสมัชชาเครือข่ายสุขภาพและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพจังหวัด/อำเภอโดยกำหนดเป้าหมายของการพัฒนาร่วมกันและบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่ชัดเจน 2.1 การวิเคราะห์และจัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอและจังหวัด 2.2 การพัฒนาทีมเครือข่าย 3) การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 3.1 การกำหนดประเด็น 3.2 การพัฒนาข้อเสนอ 3.3 การรับฟังข้อคิดเห็นจากทุกภาคส่วน 3.4 การหาฉันทามติ

	3.5 การขับเคลื่อน 3.6 การติดตามและประเมินผล 4) การสรุปบทเรียน 4.1 การสรุปบทเรียน 4.2 การถอดบทเรียน 4.3 การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง 5) การสื่อสารกับสังคม 5.1 มีการสื่อสารกับสังคมในช่องทางต่างๆ 5.2 ทำวีดีทัศน์สร้างความเข้าใจสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ 5.3 มีการประชุมชี้แจงภาคีเครือข่ายต่างๆ 5.4 การประชุมหัวหน้าส่วนราชการ 6)การบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ 6.1 มีระบบการประชุมกรรมการอย่างต่อเนื่อง 6.2 มีระบบการติดตามและรายงานการขับเคลื่อน				
เกณฑ์เป้าหมาย					
	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ผ่านเกณฑ์การประเมินได้คะแนน 50 คะแนนขึ้นไป	ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100
จังหวัด(A)		1	1	1	1
อำเภอ(A)	13	15	18	20	25
วัตถุประสงค์	ขับเคลื่อนการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ (จังหวัด/อำเภอ)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อำเภอในจังหวัดอุบลราชธานี 25 อำเภอ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลผลการประเมินผลการดำเนินงานรายอำเภอ				

แหล่งข้อมูล		ส่วนกลาง : กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน) กรมอนามัย : สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เขต : สำนักงานเขตสุขภาพ สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขต เขตสุขภาพภาคประชาชน จังหวัด : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดงานสุขภาพภาคประชาชน		
รายการข้อมูล 1		A = จำนวนจังหวัด/อำเภอเป้าหมายที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน		
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนจังหวัด/อำเภอเป้าหมาย ปี 2560		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		ร้อยละของจังหวัด/อำเภอมีการดำเนินสมัชชาสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน = (A / B) X 100		
ระยะเวลาประเมินผล		ปีละ 1 ครั้ง ติดตามทุก 3 เดือน		
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :				
	รอบ 3เดือน	รอบ 6เดือน	รอบ 9เดือน	รอบ 12เดือน
ผ่านเกณฑ์การประเมินได้คะแนน50 คะแนนขึ้นไป	ร้อยละ 20	ร้อยละ 30	ร้อยละ 40	ร้อยละ 50
วิธีการประเมินผล :		1.การประเมินตนเอง (self-Assessment) โดยใช้เกณฑ์การประเมินสมัชชาสุขภาพ 2. การประเมินในระดับจังหวัด		
การให้คะแนน				
ลำดับ	เกณฑ์/ขั้นตอน			คะแนน
1	การสร้างกลไกการจัดกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 1.1 สร้างความเข้าใจประชาชนในพื้นที่ (5 คะแนน) 1.2 แต่งตั้งคณะกรรมการ (5คะแนน) 1.3 กำหนดกลไกการขับเคลื่อน (5คะแนน)			15
2	การจัดกลุ่มสมัชชาเครือข่ายสุขภาพและพัฒนาทีมเครือข่ายสุขภาพ อำเภอโดยกำหนดเป้าหมายการพัฒนาร่วมกันและบทบาทของแต่ละภาคส่วนที่ชัดเจน 2.1 วิเคราะห์และจัดกลุ่มเครือข่ายสมัชชาสุขภาพระดับอำเภอ(5 คะแนน) 2.2 การพัฒนาเครือข่าย (5 คะแนน)			10

3	การออกแบบกระบวนการสมัชชาสุขภาพ 3.1 กำหนดประเด็น (5 คะแนน) 3.2 การพัฒนาข้อเสนอ (5 คะแนน) 3.3 การรับฟังความคิดเห็นจากทุกภาคส่วน (5คะแนน) 3.4 การหาฉันทามติ (5คะแนน) 3.5 การขับเคลื่อน (5คะแนน) 3.6 การติดตามและประเมินผล (5คะแนน)	30
4	การสรุปบทเรียน 4.1 การสรุปบทเรียน (5 คะแนน) 4.2 การถอดบทเรียน (5คะแนน) 4.3 การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (5 คะแนน)	15
5	การสื่อสารกับสังคม 5.1 มีการสื่อสารกับสังคมในช่องทางต่างๆ (5 คะแนน) 5.2 ทำวีดิทัศน์สร้างความเข้าใจสมัชชาสุขภาพระดับพื้นที่ (5คะแนน) 5.3 มีการประชุมชี้แจงภาคีเครือข่ายต่างๆ (5คะแนน) 5.4 การประชุมหัวหน้าส่วนราชการ (5 คะแนน)	20
6	การบริหารจัดการอย่างเป็นทางการ 6.1 มีระบบการประชุมกรรมการอย่างต่อเนื่อง (5คะแนน) 6.2 มีระบบการติดตามและรายงานการขับเคลื่อน (5คะแนน)	10
รวม 100 คะแนน		
หลักเกณฑ์การให้คะแนนหัวข้อย่อยในทั้ง 6 ขั้นตอน มีคะแนนเต็ม 5 คะแนน ข้อละ 1 คะแนน แบ่งได้ดังนี้ 1.มีการจัดตั้งคณะทำงานและผู้รับผิดชอบ 2.มีแนวทาง/แผน/ขั้นตอนในการดำเนินงาน 3.มีการดำเนินงานตามแนวทางแผน/ขั้นตอน 4.มีการติดตามสม่ำเสมอ 5.มีผลลัพธ์การดำเนินงาน เกณฑ์ อำเภอดำเนินผ่านไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 หรือ 50 คะแนน		

การให้คะแนน Ranking รอบการประเมินรอบที่ 1 (6 เดือนแรก) ประเมินเดือน กพ.-มีค.					
เกณฑ์	≤10	11-20	21-30	31-40	41-50
		คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
คะแนน	1 คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
รอบการประเมินรอบที่ 2 (6 เดือนหลัง) ประเมินเดือน สค.- กย.					
เกณฑ์	51-60	61-70	71-80	81-90	91-100
	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน
คะแนน	1 คะแนน	2คะแนน	3คะแนน	4คะแนน	5คะแนน
เอกสารสนับสนุน :		1. แนวทางการดำเนินงานสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัด/อำเภอ 2. คู่มือแนวทางการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพเฉพาะพื้นที่ 3. เกณฑ์การประเมินมาตรฐานสมัชชาสุขภาพ			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน		Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.	
				2557	2558
				2559	
ร้อยละของระดับ ความสำเร็จการ ดำเนินการสมัชชา สุขภาพอำเภอผ่าน ตามเกณฑ์		ร้อยละ	-	-	16
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายวิจิต พุ่มจันทร์ หัวหน้ากลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน มือถือ 086-4686514 3. นายศรีไพร ปัญญาวิชัย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน มือถือ 081-7497790 กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน โทร 0 4526 2962-8 ต่อ 1501,1502			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน โทร 0 4526 2962-8 ต่อ 1501,1502			

ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐานและระบบสุขภาพภาคประชาชน โทร 0 4526 2962-8 ต่อ 1501,1502

เป้าประสงค์ที่ G8	ภาคีเครือข่ายสุขภาพมีความเข้มแข็ง					
ตัวชี้วัด I 55 (R32)	ร้อยละของเทศบาลได้รับการรับรองมาตรฐานระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (EHA)					
คำนิยาม	ระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม EHA หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพสิ่งแวดล้อม ได้รับการรับรองระดับพื้นฐานจากคณะกรรมการระดับจังหวัด หรือ ระดับเกียรติบัตรจากคณะกรรมการระดับกรม ให้ได้รับการรับรองอย่างน้อย 1 ระบบ ตามระบบหลัก 4 ระบบ EHA1000 สุขาภิบาลอาหาร EHA2000 คุณภาพน้ำบริโภค EHA3000 การจัดการสิ่งปฏิกูล EHA4000 การจัดการมูลฝอย					
เกณฑ์เป้าหมาย	A1 ผ่าน 4 ระบบหลัก ร้อยละ 75 A2 ผ่าน ระบบ EHA3000-4000 ร้อยละ 25 A3 ผ่าน ระบบ EHA1000-2000 ร้อยละ 25					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เทศบาลทั้งหมด และ อบต.ในอำเภอที่ไม่มีเทศบาล อำเภอละ 1 อบต.					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ทีมจังหวัดออกประเมินรับรอง					
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย					
รายการข้อมูลที่ 1	A1 : จำนวนเทศบาล/อบต ผ่านเกณฑ์ EHA1000-4000 ระดับพื้นฐานขึ้นไป A2 : จำนวน เทศบาล/อบต ผ่านเกณฑ์ EHA3000-4000 ระดับพื้นฐานขึ้นไป A3 : จำนวน เทศบาล/อบต ผ่านเกณฑ์ EHA1000-2000 ระดับพื้นฐานขึ้นไป					
รายการข้อมูลที่ 2	B : จำนวน เทศบาล/อบต เป้าหมายทั้งหมด					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A1/B*100 และ A2/B*100 และ A3/B*100					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 2 – 4					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			
			2557	2558	2559	
		A1 ร้อยละ	3.39	55.93	72.88	

		A2 ร้อยละ	1.69	25.42	42.37
		A3 ร้อยละ	3.39	22.03	33.90
เกณฑ์การประเมิน					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
มีการประชุมเครือข่าย มีแผนการประเมินและ แผนการดำเนินงาน ประเมินตนเอง สมัครขอรับ การประเมินจากจังหวัด	มีการปรับปรุงส่วนขาด ได้รับการประเมินรับรอง และผ่านตามเกณฑ์	ปรับปรุงส่วนขาดตาม คำแนะนำ ได้รับการประเมินซ้ำ	มีการสรุปผลการ ดำเนินงาน		
หมายเหตุ อปท.ที่ได้รับการรับรองแล้วยังไม่หมดอายุการรับรอง ถือว่าได้ดำเนินการครบทุกขั้นตอน					
เงื่อนไขความสำเร็จอปท.ต้องมีคะแนนการประเมินLPAมากกว่าร้อยละ 60					
วิธีการประเมินผล Ranking ขั้นตอนละ 1 คะแนน	ขั้นตอน	กิจกรรมการดำเนินงาน			
	1	สมัครขอรับการประเมิน วางแผนการดำเนินงาน			
	2	ประเมินตนเอง มีการประชุม ร่วมกับท้องถิ่น			
	3	มีกระบวนการพัฒนาคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อม อบรมให้ความรู้ เฝ้าระวังความเสี่ยง			
	4	มีการรายงานผลการดำเนินงานเฝ้าระวังความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อม			
	5	อปท.เป้าหมายได้รับการรับรองระดับพื้นฐานขึ้นไป ตามเกณฑ์ ทั้ง 3 ข้อย่อย			
เอกสารสนับสนุน	-				
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นายสุรทิน หมั่นอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (086-254-9462)				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุรทิน หมั่นอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร. 086-254-9462				

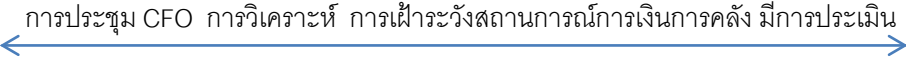
เป้าประสงค์ที่ G9	การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 56 (R33)	ร้อยละของอำเภอที่มีการบริหารจัดการด้านแผน (ระดับ 5)
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จการบริหารจัดการด้านแผน หมายถึง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการจัดทำแผนปฏิบัติการของเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นแบบ Single plan คือ ทุกแผนรวมเป็นแผนเดียวกัน เช่น แผนปฏิบัติการ, แผนกองทุนสุขภาพตำบล แผนเงินบำรุง แผนงบอื่นๆ เป็นต้น และมีกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย 1)การแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2)การวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ 3) การนำนโยบายสาธารณสุขจากทุกระดับ ประกอบการวางแผนในพื้นที่ 4) แผนปฏิบัติการของหน่วยงานสอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ปัญหาของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย 5) มีการสื่อสารแผนปฏิบัติงานของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 6) มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล 7) มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตามห้วงเวลาที่กำหนด 8) แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลา ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 9) มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติงานไปประกอบการวางแผนในรอบต่อไป
เกณฑ์เป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ 5 ทุกแห่ง ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ มีการบริหารจัดการแผน ให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องนโยบายระดับจังหวัด,เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข และมีความสอดคล้องกับแผนการเงินการคลัง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ จำนวน 25 อำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานในพื้นที่และตรวจสอบจากแผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ
แหล่งข้อมูล	แผนปฏิบัติการเครือข่าย
รายการข้อมูลที่ 1	A = เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ที่ผ่านเกณฑ์การบริหารจัดการแผนระดับ 5

รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทั้งหมด (25 แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินแผนปฏิบัติ 1 ครั้ง และติดตามการดำเนินงานตามแผนทุกไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 - 2564					
ปีงบประมาณ	2560	2561	2562	2563	2564
ค่าเป้าหมาย	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
เกณฑ์การให้คะแนนRanking					
ระดับความสำเร็จ	เกณฑ์				
ระดับ 1 (1 คะแนน)	1.มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดทำแผน 2.มีการวิเคราะห์ข้อมูลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข 3.มีการนำนโยบายจากทุกระดับเพื่อประกอบการวางแผน				
ระดับ 2 (2 คะแนน)	มีแผนปฏิบัติการของหน่วยงานที่สอดคล้องกับนโยบาย ประเด็นยุทธศาสตร์ ปัญหาสาธารณสุขของพื้นที่ และแผนการเงินการคลังของเครือข่าย				
ระดับ3 (3 คะแนน)	1.มีการสื่อสารแผนปฏิบัติการของหน่วยงานให้แก่บุคลากรทุกระดับรับทราบ 2.มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายสู่ระดับบุคคล				
ระดับ4 (4 คะแนน)	1.มีการติดตามความก้าวหน้า การสรุปการประเมินผล และมีการรายงานตาม ห้วงเวลาที่กำหนด 2.แผนปฏิบัติการมีการดำเนินงานตามห้วงเวลาไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80				
ระดับ5 (5 คะแนน)	มีการนำผลการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ ไปประกอบการ วางแผนในรอบปีต่อไป				
วิธีการประเมินผล	1.จากการนิเทศติดตามประเมินผลการทำงานของพื้นที่และตรวจสอบจาก แผนปฏิบัติการที่ขอรับการอนุมัติ 2.ตรวจสอบจากการดำเนินงานตามแผนในห้วงเวลาที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน	-				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสิริพร วงศ์ตรี หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีโทร 089-8445-863 Email : yutubon01@gmail.com หรือ yut_ssjobon@hotmail.co.th				
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สสจ.อุบลราชธานี				

เป้าประสงค์ที่ G9	การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 57 (R34)	ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณ(งบดำเนินงาน)ในปี 2560				
คำนิยาม	งบประมาณ(งบดำเนินงาน) หมายถึง เงินงบประมาณ (งบดำเนินงาน) ที่ได้รับจัดสรรและได้รับโอนเงินประจำงวดตามผลผลิตงบ Non-UC ปีงบประมาณ 2560 งบดำเนินงาน หมายถึง งบรายจ่ายที่กำหนดให้จ่ายเพื่อการบริหารงานประจำ ได้แก่รายจ่ายที่จ่ายในลักษณะค่าตอบแทน ใช้สอยและวัสดุ และค่าสาธารณูปโภค ฯ				
เกณฑ์เป้าหมาย	ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 33 ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 55 ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 76 ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 98				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้แผนการใช้จ่ายเงินเป็นเครื่องมือในการติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติงานและการเบิกจ่ายเงินงบประมาณ รวมทั้งติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายเงินงบประมาณของหน่วยงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้กำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานของหน่วยงาน ทั้งนี้เพื่อส่งผลให้ตัวชี้วัดร้อยละความสำเร็จของการเบิกจ่ายเงินงบประมาณตามแผนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด บรรลุด้วยเกณฑ์ที่กรมบัญชีกลางกำหนด				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยงานที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานสถานการณ์การเบิกจ่ายจากระบบ GFMIS				
แหล่งข้อมูล	จากระบบ GFMIS				
รายการข้อมูลที่ 1	A = วงเงินงบประมาณ (งบดำเนินงาน) รายจ่ายที่ส่วนราชการได้เบิกจ่าย				
รายการข้อมูลที่ 2	B = วงเงินงบประมาณ (งบดำเนินงาน) รายจ่ายที่ส่วนราชการได้รับจัดสรร				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) X 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสละ 1 ครั้ง				
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 - 2564					
รอบประเมิน	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4	
การเบิกจ่าย งบดำเนินงาน (สะสม)	ร้อยละ 33	ร้อยละ 55	ร้อยละ 76	ร้อยละ 98	

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	รอบ ประเมิน	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ไตรมาสที่ 1	≥ร้อยละ 21	≥ร้อยละ 24	≥ร้อยละ 27	≥ร้อยละ 30	≥ร้อยละ 33
	ไตรมาสที่ 2	≥ร้อยละ 43	≥ร้อยละ 46	≥ร้อยละ 49	≥ร้อยละ 52	≥ร้อยละ 55
	ไตรมาสที่ 3	≥ร้อยละ 65	≥ร้อยละ 68	≥ร้อยละ 71	≥ร้อยละ 73	≥ร้อยละ 76
	ไตรมาสที่ 4	≥ร้อยละ 86	≥ร้อยละ 89	≥ร้อยละ 92	≥ร้อยละ 95	≥ร้อยละ 98
วิธีการประเมินผล	ประเมินจากการเบิกจ่ายในระบบ GFMS					
เอกสารสนับสนุน	-					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1)นางสิริพร วงศ์ตรี หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทร. 089-8445-863 2) นางลำดวน สีขาว หน.งานการเงิน กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 081- 955-5620					
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1.นางสิริพร วงศ์ตรี หน.กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทร. 089-8445-863 2.นางลำดวน สีขาว หน.งานการเงิน กลุ่มงานบริหารงานทั่วไป โทร. 081- 955-5620					

เป้าประสงค์ที่ G9	การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 58 (PA)	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ระดับ 7
คำนิยาม	หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีปัญหาทางการเงินโดยมีรายได้น้อยกว่าค่าใช้จ่ายในการดำเนินงาน ทำให้ขาดสภาพคล่องหรือมีสถานะการเงินอยู่ในระดับวิกฤติ กำหนดเป็นเกณฑ์วัดเป็น 7 ระดับ ประกอบด้วยดัชนีทางการเงิน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ ประกอบด้วย อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน (Current Ratio), อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio) และ อัตราส่วนเงินสด (Cash ratio) 2) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน ประกอบด้วย ทุนหมุนเวียนสุทธิ (Net Working Capital : NWC) และ รายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income or EBITDA) 3) กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาทางการเงิน เป็นการคาดการณ์ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิจะหมดภายในระยะเวลาน้อยกว่า 3 เดือน หรือจะหมดภายในระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน ระดับคะแนนที่แสดงถึงการขาดสภาพคล่องหรือวิกฤติสูงสุด คือระดับ 7 โดยเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้ 1) Current Ratio $< 1.5 = 1$ คะแนน 2) Quick Ratio $< 1.0 = 1$ คะแนน 3) Cash Ratio $< 0.8 = 1$ คะแนน 4) ทุนหมุนเวียนสุทธิติดลบ = 1 คะแนน 5) ผลประกอบการขาดทุน = 1 คะแนน 6) ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < 3 เดือน = 2 คะแนน 7) ระยะเวลาเงินทุนหมุนเวียนสุทธิเพียงพอใช้จ่าย < 6 เดือน = 1 คะแนน หน่วยบริการที่มีค่าดัชนีน้อยกว่ามาตรฐาน แสดงถึงการเข้าสู่สถานะความเสี่ยงทางการเงินและต้องเฝ้าระวัง ซึ่งจะมีการประเมินทุกไตรมาส
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่มีหน่วยบริการที่มีวิกฤติทางการเงินระดับ 7
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงานสถานะการเงินโรงพยาบาลสังกัด สป. ทำการรายงานผ่านเว็บไซต์ hfo.cfo.in.th ทุกวันที่ 20 ของเดือนถัดไป (กลุ่มประกันสุขภาพ สป.)				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มประกันสุขภาพ				
รายการข้อมูลที่ 1	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงินระดับ 7				
รายการข้อมูลที่ 2	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับโรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		ร้อยละ	2 แห่ง (7.69%)	6 แห่ง (23 %)	1 แห่ง (3.85%)
เกณฑ์การประเมิน					
มาตรการ	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
1.มีกระบวนการเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง	 การประชุม CFO การวิเคราะห์ การเฝ้าระวังสถานการณ์การเงินการคลัง มีการประเมิน				
2.หน่วยบริการมีและใช้แผน Planfin	มีแผน Planfin ครบทุกหน่วยตรวจสอบทางเว็บไซต์ Planfin.cfo.in.th	ใช้แผน Planfin เป็นเครื่องมือในการบริหารหน่วยงาน	วิเคราะห์ส่วนต่างแผนการเงินกับรายงานการเงินระหว่างไตรมาส	สรุปเปรียบเทียบแผนการเงินของปีกับรายงานการเงินประจำปี	
3.หน่วยบริการมีการพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ Unit cost	กำหนดแผนงาน/โครงการพัฒนาการจัดทำต้นทุนหน่วยบริการของปี 2559	มีการแต่งตั้งคณะทำงานและจัดเตรียมข้อมูลปี 2558 สำหรับการจัดทำต้นทุน	หน่วยบริการมีผลการคิดต้นทุนบริการหรือ Unitcost OPD/IPD	นำผลการคิดต้นทุนไปใช้เพื่อการปรับประสิทธิภาพในการบริหาร	
4.มีการพัฒนาระบบการประเมินประสิทธิภาพการ	มีผู้รับผิดชอบในการประเมิน FAI ทั้ง 4 กิจกรรม	ติดตามความก้าวหน้าการประเมินกิจกรรมตาม	วิเคราะห์กิจกรรมที่เป็นปัญหาเพื่อเสนอแนวทางแก้ไข	นำผลการประเมินผล FAI มาทำแผนในการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหาร	

บริหารการเงินการคลัง FAI		FAIทั้ง 4 กิจกรรมเป็นรายไตรมาส - การควบคุมภายใน - การพัฒนาคุณภาพบัญชี - การเพิ่มประสิทธิภาพการเงินการคลัง - การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ		การเงินการคลังในปีต่อไป

เงื่อนไขความสำเร็จภายในวันที่ 20 ของเดือนหน่วยบริการตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนและส่งบทลงตามผังบัญชีที่กำหนดของปีงบประมาณ 2559รายเดือน

วิธีการประเมินผล ขั้นตอนละ 1 คะแนน	ขั้นตอน	กิจกรรมการดำเนินงาน
	1	มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ CFO
	2	มีการประชุม ต่อเนื่องทุกเดือน สรุปปัญหา
	3	มีมาตรการกำกับรายได้ และควบคุมค่าใช้จ่ายพร้อมทั้งนำเครื่องมือการบริหารการเงินการคลัง มาใช้ในการบริหารประสิทธิภาพ1.Plan fin 2. Risk Score7 ระดับ 3. HGR (Hospital Group Ratio)
	4	มีรายงานผลการดำเนินงานตามมาตรการชัดเจน
	5	ไม่มีความเสี่ยงทางการเงินระดับ 7 ตามเกณฑ์
เอกสารสนับสนุน	-	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางรำไพ สุวนาม กลุ่มประกันสุขภาพโทรศัพท์ 045-261-133 2.นายปรีชา ทองมูล กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯโทร. 089-722-8810 สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	คณะกรรมการ CFO สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	1.นางรำไพ สุวนาม หน.กลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ 045-261133 2.นายปรีชา ทองมูล หน.กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ	

เป้าประสงค์ที่ G9	การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ										
ตัวชี้วัด I 59 (R35)	ร้อยละของโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ FAI										
คำนิยาม	เกณฑ์ประเมินประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Administration Index : FAI) จึงได้ถูกกำหนดขึ้น เพื่อให้ทุกฝ่ายได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของกิจกรรมต่างๆ ที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดการสร้างประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังประกอบด้วย 4 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน 2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี 3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง 4. การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ กรอบการประเมินผลการดำเนินงาน 4 กิจกรรมหลัก ประกอบด้วย <table border="1"> <thead> <tr> <th>การบริหารการเงินการคลัง</th><th>เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC)</td><td>คู่มือการประเมินระบบควบคุมภายใน 5มิติ 1. มิติด้านการจัดเก็บรายได้ คำรักษาพยาบาลสิทธิ ต่าง ๆ 2. มิติด้านการเงิน 3. มิติด้านพัสดุ 4. มิติด้านบัญชีและงบการเงิน 5. มิติด้านการประเมินระบบการควบคุมภายใน ตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ. 2544</td><td>กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</td></tr> <tr> <td>2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC)</td><td>1. โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชี อิเล็กทรอนิกส์ 2. คู่มือตรวจสอบงบทดลอง</td><td>กลุ่มประกันคุณภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง</td></tr> </tbody> </table>		การบริหารการเงินการคลัง	เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน		1. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC)	คู่มือการประเมินระบบควบคุมภายใน 5มิติ 1. มิติด้านการจัดเก็บรายได้ คำรักษาพยาบาลสิทธิ ต่าง ๆ 2. มิติด้านการเงิน 3. มิติด้านพัสดุ 4. มิติด้านบัญชีและงบการเงิน 5. มิติด้านการประเมินระบบการควบคุมภายใน ตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ. 2544	กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC)	1. โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชี อิเล็กทรอนิกส์ 2. คู่มือตรวจสอบงบทดลอง	กลุ่มประกันคุณภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง
การบริหารการเงินการคลัง	เครื่องมือสนับสนุนการดำเนินงาน										
1. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control : IC)	คู่มือการประเมินระบบควบคุมภายใน 5มิติ 1. มิติด้านการจัดเก็บรายได้ คำรักษาพยาบาลสิทธิ ต่าง ๆ 2. มิติด้านการเงิน 3. มิติด้านพัสดุ 4. มิติด้านบัญชีและงบการเงิน 5. มิติด้านการประเมินระบบการควบคุมภายใน ตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ. 2544	กลุ่มตรวจสอบภายใน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข									
2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit : AC)	1. โปรแกรมตรวจสอบประเมินคุณภาพบัญชี อิเล็กทรอนิกส์ 2. คู่มือตรวจสอบงบทดลอง	กลุ่มประกันคุณภาพ สำนักงานปลัดกระทรวง									

		3. คู่มือตรวจสอบบัญชี	สาธารณสุข
	3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM)	1. แผนทางการเงิน Plan fin 2. ดัชนีวิเคราะห์ทางการเงิน 3. ค่ากลาง(รายได้-ค่าใช้จ่าย) กลุ่มระดับบริการ	กลุ่มประกัน สุขภาพ สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข
	4. การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (Unit Cost: UC)	1. ค่ากลาง (ต้นทุน) กลุ่มระดับบริการ	
กำหนดน้ำหนักคะแนนแต่ละกิจกรรมดังนี้ 1. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน (Internal Control :IC) น้ำหนักร้อยละ 20 2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit: AC) น้ำหนักร้อยละ 20 3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management: FM) น้ำหนักร้อยละ 30 4. การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (Unit Cost: UC) น้ำหนักร้อยละ 30 ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง โรงพยาบาลมีผลคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 จากคะแนนรวม ร้อยละ 100			
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ 100			
วัตถุประสงค์	1. เพื่อสร้างระบบบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ 2. ใช้เป็นเครื่องมือปรับปรุงประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. การพัฒนาระบบการควบคุมภายใน: เก็บข้อมูลจากเอกสารรายงานตามแบบที่กำหนด 2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี: เก็บข้อมูลจากระบบอิเล็กทรอนิกส์รายเดือน 3. การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง: เก็บข้อมูลจากระบบอิเล็กทรอนิกส์รายเดือน 4. การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ: เก็บข้อมูลจากระบบอิเล็กทรอนิกส์รายเดือน		

แหล่งข้อมูล	จาก Webwww.hfo 60 .cfo.in.th				
รายการข้อมูล 1	A=จำนวนโรงพยาบาลที่ได้คะแนนเต็ม				
รายการข้อมูล 2	B=จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B*100				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมินRaking :					
องค์ประกอบ การประเมิน	ขั้นตอนที่ 1 (1 คะแนน)	ขั้นตอนที่ 2 (2คะแนน)	ขั้นตอนที่ 3 (3คะแนน)	ขั้นตอนที่ 4 (4คะแนน)	ขั้นตอนที่ 5 (5คะแนน)
การควบคุม ภายใน (Internal Control : IC)	แต่งตั้ง คณะกรรมการ/ ผู้รับผิดชอบ ขององค์กร เสนอหัวหน้า หน่วยงาน	หน่วยบริการ ประเมินตนเอง ตามคู่มือการ ประเมินระบบ ควบคุมภายใน 5มิติ 1. มิติด้านการ จัดเก็บรายได้ค่า รักษาพยาบาล สิทธิต่าง ๆ 2. มิติด้าน การเงิน 3. มิติด้านพัสดุ 4. มิติด้านบัญชี และงบการเงิน 5. มิติด้านการ ประเมินระบบ การควบคุม ภายในตาม ระเบียบ คณะกรรมการ ตรวจเงิน	1. วิเคราะห์ผล การประเมิน ระบบการควบคุม ภายใน 5 มิติ 2. จัดทำ แผนพัฒนา องค์กร จากผล การประเมิน ระบบการ ควบคุมภายใน 5มิติ (กรณีพบ จุดอ่อน)	จัดส่งผลให้กลุ่ม ตรวจสอบภายใน สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข (ภายในวันที่ 28 กุมภาพันธ์2560) ดังนี้ 1. ผลการประเมิน ระบบควบคุม ภายใน 5มิติ 2. แผนพัฒนา องค์กรที่สอดคล้อง กับผลการประเมิน	รายงาน เปรียบเทียบ แผน-ผลการ พัฒนาองค์กร 5 มิติ จัดส่งให้กลุ่ม ตรวจสอบ ภายใน สำนักงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข (ภายในวันที่- 30 มิถุนายน 2560)

		แผ่นดิน พ.ศ. 2544			
การพัฒนา คุณภาพบัญชี (Accounting Audit: AC)	มีคณะทำงาน พัฒนา ระบบบัญชีใน หน่วยบริการ และมีการ ประชุมอย่าง น้อยทุก ไตรมาส เพื่อ กำหนด ประเด็น ปัญหาที่ ส่งผลต่อ คุณภาพบัญชี	คณะทำงาน มี การรายงานถึง ความก้าวหน้า ของการแก้ไข ปัญหาเสนอต่อ ผู้บริหาร(ทุกไตร มาส)	มีการเสนอ รายงานการเงิน การวิเคราะห์ สถานะการเงิน ของ รพ. เสนอ ต่อผู้บริหาร (ผอ. รพ.) ทุกไตรมาส	มีรายงานการเงิน ของลูกข่าย (รพ. สต.) ส่งส่วนกลาง ได้ครบทุกแห่ง	ผลงานหรือ หลักฐานเชิง ประจักษ์ถึง ความสำเร็จ เป็นที่ยอมรับ (คุณภาพบัญชี ทาง อิเล็กทรอนิกส์ หน่วยบริการ แม่ข่าย ผ่าน เกณฑ์100 %)
การเพิ่ม ประสิทธิภาพ การบริหาร การเงินการ คลัง (Financial Management : FM)	มี คกก. บริหาร การเงินการ คลังของ หน่วยบริการ และมีการ ประชุมเพื่อ กำหนด ประเด็น ปัญหาที่ ส่งผลกระทบ ต่อการเงิน การคลัง	มี คกก. จัดทำ แผนทางการเงิน (PLAN FIN) ของหน่วย บริการที่มีส่วน ร่วมจากทุกฝ่าย/ กลุ่มงาน	มีการติดตาม การบริหารแผน ทางการเงิน (PLANFIN) ทุก ไตรมาส	ใช้เครื่องมือทาง การเงิน เพื่อเฝ้า ระวังและเพิ่ม ประสิทธิภาพการ บริหาร (ดัชนี 7ระดับ, ค่า กลางกลุ่มระดับ รพ.,LOIฯลฯ)	มีผลงานหรือ หลักฐานเชิง ประจักษ์ถึง ความสำเร็จ -ไม่มีความ เสี่ยงทาง การเงิน ระดับ 7 ตามเกณฑ์ การประเมิน วิกฤติของ กระทรวง

การบริหาร ต้นทุนอย่างมี ประสิทธิภาพ (Unit Cost :UC)	มีแผนการ พัฒนาการ จัดทำต้นทุน Unit Cost ไว้ ในแผนการ ดำเนินงาน ประจำปีของ หน่วยบริการ	มีคณะทำงาน พัฒนาด้านทุน ประจำหน่วย บริการ (จาก แผนกหรือฝ่ายที่ เกี่ยวข้อง)	มีการตรวจสอบ คุณภาพความ ครบถ้วนของ ข้อมูลบริการทั้ง OP/IP ประจำเดือน	มีการนำเสนอ ต้นทุนบริการ OP/IP ต่อ ผู้บริหาร (ผอ.รพ.) ประจำทุกไตรมาส	มีต้นทุน บริการ OP/IP อยู่ในเกณฑ์ เดียวกับกลุ่ม ระดับบริการ ด้วยวิธีการ Quick Method (ค่า Mean+1SD)
เกณฑ์การให้คะแนน		แต่ละไตรมาสจะแบบเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละองค์ประกอบการประเมินเป็น 5 ขั้นตอน โดยพิจารณาจากความสำเร็จของแต่ละขั้นตอนการดำเนินงาน			
วิธีการประเมินผล :		ผู้ประเมินจะประเมินทุกๆขั้นตอนที่มีความสำเร็จ			
เอกสารสนับสนุน :					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1.การควบคุมภายใน (Internal Control : IC)นายสุทธิพงษ์ภาคทอง 2. การพัฒนาคุณภาพบัญชี (Accounting Audit: AC)นางลำดวน ศรีขาว 3.การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง (Financial Management : FM) นางรำไพ สุวนาม 4. การบริหารต้นทุนอย่างมีประสิทธิภาพ (Unit Cost :UC) นางรำไพ สุวนาม			
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล		1) งานควบคุมภายในและตรวจสอบภายใน 2) งานการเงินและบัญชี กลุ่มงานบริหารทั่วไป 3) กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน		นางลำดวน ศรีขาวโทร. 081- 955-5620 นางรำไพ สุวนาม โทร. 081-718-0941			

เป้าประสงค์ที่ G9		การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 60		ร้อยละของ รพ.ที่ส่งข้อมูลClaim ผู้ป่วยในทันตามกำหนดเวลา				
คำนิยาม		โรงพยาบาลส่งข้อมูลClaim ผู้ป่วยในทันตามกำหนดเวลา โดยนับผลงานตามการส่งข้อมูล(ส่งข้อมูลภายใน 30 วันหลังให้บริการหรือจำหน่าย) การส่งข้อมูลล่าช้าจะถูกลดอัตราจ่าย ช้าเกิน 30 วัน จ่าย 95% ช้าเกิน 60วัน จ่าย 90% ช้าเกิน 90 วัน จ่ายไม่เกิน 80%				
เกณฑ์เป้าหมาย :						
หน่วยบริการ	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64	
หน่วยบริการทุกระดับ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	
วัตถุประสงค์		ติดตาม กำกับกับการส่งข้อมูลให้ทันเวลา เพื่อให้หน่วยบริการได้รับการจัดสรรงบประมาณได้ครบถ้วน				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		ผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในทุกสิทธิ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		ใช้ผลการประมวลผลจากฐานข้อมูลชดเชยผู้ป่วยใน (MIS) และรายงานการจ่ายชดเชยรายเดือน (Statement) ของ สปสช.(URL://eclaim.nhso.go.th)				
แหล่งข้อมูล		สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ / กลุ่มงานประกันสุขภาพ				
รายการข้อมูล 1		A=จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด				
รายการข้อมูล 2		B=จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมดที่ส่งข้อมูลขอรับการชดเชยค่าใช้จ่าย				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		ค่า CMI = (A/B) *100				
ระยะเวลาประเมินผล		ทุกไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :						
ปี 2560						
โรงพยาบาล	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
ทุกระดับ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100		
ปี 2561						
โรงพยาบาล	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
ทุกระดับ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100		
ปี 2562						
โรงพยาบาล	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4		
ทุกระดับ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100		

ปี 2563				
โรงพยาบาล	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ทุกระดับ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
ปี 2564				
โรงพยาบาล	ไตรมาส 1	ไตรมาส 2	ไตรมาส 3	ไตรมาส 4
ทุกระดับ	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100	ร้อยละ 100
วิธีการประเมินผล :	กลุ่มงานประกันสุขภาพ นำข้อมูลมาตรวจสอบและประเมินผล			
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือบริหารกองทุน หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 081-264-3693			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางพัชราภรณ์ ศิริคุณ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 081-264-3693			

เป้าประสงค์ที่ G9	การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ				
ตัวชี้วัด I 61	ร้อยละของ รพ .ที่มีค่าดัชนีผู้ป่วยใน (CMI) ผ่านเกณฑ์ตามระดับหน่วยบริการ				
คำนิยาม	CMI (Case mix index) ค่าเฉลี่ยน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว (Adjusted Relative Weights : Adj-RW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
หน่วยบริการ	ปี 60	ปี 61	ปี 62	ปี 63	ปี 64
1.รพศ.(A)	1.60	1.65	1.70	1.75	1.80
2.รพท.ขนาดใหญ่(S)	1.20	1.25	1.30	1.35	1.40
3.รพท.ขนาดเล็ก(M1)	1.00	1.02	1.05	1.07	1.10
4.รพช.แม่ข่าย(M2)	0.80	0.82	0.85	0.87	0.90
5.รพช.ขนาด F1-F3	0.60	0.65	0.70	0.75	0.75

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาศักยภาพในการให้บริการรักษาผู้ป่วยใน	
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่รับไว้เป็นผู้ป่วยในทุกสิทธิ	
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ใช้ผลการประมวลผลจากฐานข้อมูลผู้ป่วยในที่ส่งผ่านโปรแกรมระบบรายงานศูนย์ประสิทธิภาพ ของสำนักบริหารการสาธารณสุข(URL://phdb.moph.go.th)	
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ	
รายการข้อมูล 1	A=น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้วรวม (SumAdj-RW)ทุกสิทธิ	
รายการข้อมูล 2	C=จำนวนผู้ป่วยในที่จำหน่ายทั้งหมด(ทุกสิทธิ)	
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ค่า CMI = (A/C)	
ระยะเวลาประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง : ครั้งที่ 1 (ตค- มีค) ครั้งที่ 2 (ตค- กย)	
เกณฑ์การประเมิน :		
ปี 2560		
รพ.	ครั้งที่ 1 (ตค- มีค)	ครั้งที่ 2 (ตค- กย)
1.รพศ(A)	1.60	1.60
2.รพท.ขนาดใหญ่(S)	1.20	1.20
3.รพท.ขนาดเล็ก(M1)	1.00	1.00
4.รพช.แม่ข่าย(M2)	0.80	0.80
5.รพท.ขนาด F1-F3	0.60	0.60
ปี 2561		
รพ.	ครั้งที่ 1 (ตค- มีค)	ครั้งที่ 2 (ตค- กย)
1.รพศ(A)	1.60	1.65
2.รพท.ขนาดใหญ่(S)	1.20	1.25
3.รพท.ขนาดเล็ก(M1)	1.00	1.02
4.รพช.แม่ข่าย(M2)	0.80	0.82
5.รพท.ขนาด F1-F3	0.60	0.65
ปี 2562		
รพ.	ครั้งที่ 1 (ตค- มีค)	ครั้งที่ 2 (ตค- กย)
1.รพศ(A)	1.65	1.70
2.รพท.ขนาดใหญ่(S)	1.25	1.30

3.รพท.ขนาดเล็ก(M1)	1.02	1.05			
4.รพช.แม่ข่าย(M2)	0.82	0.85			
5.รพท.ขนาด F1-F3	0.65	0.70			
ปี 2563					
รพ.	ครั้งที่ 1 (ตค- มีค)	ครั้งที่ 2 (ตค- กย)			
1.รพศ(A)	1.70	1.75			
2.รพท.ขนาดใหญ่(S)	1.30	1.35			
3.รพท.ขนาดเล็ก(M1)	1.05	1.07			
4.รพช.แม่ข่าย(M2)	0.85	0.87			
5.รพท.ขนาด F1-F3	0.70	0.75			
ปี 2564					
รพ.	ครั้งที่ 1 (ตค- มีค)	ครั้งที่ 2 (ตค- กย)			
1.รพศ(A)	1.75	1.80			
2.รพท.ขนาดใหญ่(S)	1.35	1.40			
3.รพท.ขนาดเล็ก(M1)	1.07	1.10			
4.รพช.แม่ข่าย(M2)	0.87	0.90			
5.รพท.ขนาด F1-F3	0.75	0.80			
วิธีการประเมินผล :	กลุ่มงานประกันสุขภาพ นำค่า CMI ที่ได้จากการประมวลผลไปเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมายตามระดับหน่วยบริการ				
เอกสารสนับสนุน :	ดัชนีอ้างอิงค่า CMI ของสำนักบริหารการสาธารณสุข				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางพัชราภรณ์ศิริคุณโทร. 081-264-3693				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	ระดับ รพ.	CMI ปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
		ระดับ A	2.08	2.09	2.13
		ระดับ S	0.94	0.91	0.90
		ระดับ M1	0.88	0.87	0.86
		ระดับ M2	0.65	0.66	0.65
		ระดับ F1-F3	0.55	0.57	0.57

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานประกันสุขภาพ
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางพัชราภรณ์ศิริคุณตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สนง.สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทร. 081-264-3693

เป้าประสงค์ที่ G9	การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 62 (ตร.)	ร้อยละของการจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม
คำนิยาม	การจัดซื้อร่วมของยา เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา วัสดุวิทยาศาสตร์ และวัสดุทันตกรรม หมายถึง การจัดซื้อร่วมระดับจังหวัด/กรม และระดับเขตของยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการบริหารจัดการด้านยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา ของส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2557 เวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา หมายถึง วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ และวัสดุวิทยาศาสตร์ ทั้งนี้ ในระยะ 1-3 ปีแรก การจัดซื้อร่วมให้นำรวมการจัดซื้อด้วยวิธีต่อรองราคาร่วมที่ดำเนินการในรูปคณะกรรมการระดับจังหวัด/เขต/กรม

เกณฑ์เป้าหมาย

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 20	ร้อยละ 20	ร้อยละ 25	ร้อยละ 30	ร้อยละ 30

วัตถุประสงค์	การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา มีการดำเนินการด้วยความโปร่งใสและมีประสิทธิภาพ
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานข้อมูลผลการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาของหน่วยงานแยกตามประเภทของเวชภัณฑ์ (ยา วัสดุการแพทย์ วัสดุทันตกรรม วัสดุเอกซเรย์ วัสดุวิทยาศาสตร์) ประเภทการจัดซื้อ (จัดซื้อเอง และจัดซื้อร่วม) และวิธีการจัดซื้อร่วม (สืบราคาร่วม/ราคาอ้างอิง และสอบราคา/e-market/e-bidding) ผ่านการรายงานข้อมูลบริหารเวชภัณฑ์รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสังกัดกรม

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 20

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 20

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 25

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 30

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			ร้อยละ 30

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2560 - 2564

แผนยุทธศาสตร์การพัฒนางานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ปี 2560 - 2564

	Integrity and Transparency Assessment; EBIT) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีนโยบายให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการพัฒนา ตามเกณฑ์ประเมินคุณธรรมความโปร่งใส (integrity and Transparency Assessment; ITA) เฉพาะหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based) และพัฒนาองค์กรคุณธรรมเพื่อให้บุคลากรในองค์กร มีความรัก มีความสามัคคี มีความสุขและมีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติหน้าที่ด้วยความสุจริต ส่งผลให้การดำเนินงานขององค์กร มีคุณธรรม และความโปร่งใส				
เกณฑ์เป้าหมาย ระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานอยู่ในระดับสูงมาก คือร้อยละ 85 ขึ้นไป					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
85	85	90	90	95	
เกณฑ์การให้คะแนน Rankingคะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน					
ระดับ	5คะแนน	4คะแนน	3คะแนน	2คะแนน	1คะแนน
คะแนน	80-100	60-79.99	40-59.99	20-39.99	0-19.99
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาศูนย์คุณธรรม 2. ประเมินผลระดับคุณธรรมและความโปร่งใสการดำเนินงานของ หน่วยงาน 3. หน่วยงานได้รับทราบแนวทางในการปรับปรุงหรือพัฒนาในเรื่อง คุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน				
กลุ่มเป้าหมาย	1. โรงพยาบาลศูนย์ และ โรงพยาบาลทั่วไป 2. โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ส่วนที่ 1 ประเมินระดับจังหวัดรพศ./รพท./รพช.และ สสอ. 1 พัฒนาศูนย์คุณธรรม 2 พัฒนาระบบการปฏิบัติงานตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ประเมิน ตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี) ส่วนที่ 2 ประเมินระดับประเทศรพศ.และ รพท. เตรียมรองรับการประเมิน จากสำนักงานป.ป.ท. ตามเวลาที่กำหนดในแต่ละปีตามแบบประเมินคุณธรรม				

	และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ของสำนักงานป.ป.ช. เครื่องมือการประเมินประกอบด้วย 1) การประเมิน Internal Integrity and Transparency Assessment : IIT เป็นการประเมินความคิดเห็นบุคลากรภายในหน่วยงาน(เป้าหมาย รพศ./รพท.) 2) การประเมิน External Integrity and Transparency Assessment : EIT เป็นการประเมินความคิดเห็นผู้รับบริการ/คู่สัญญา/ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของหน่วยงานที่เข้ารับการประเมินในปีงบประมาณนั้น(เป้าหมาย รพศ./รพท.) 3) การประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT เป็นการประเมินการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำนักงานป.ป.ช. กำหนด(เป้าหมาย รพศ./รพท./รพช./สสอ.ทุกแห่ง : วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยหน่วยงานดำเนินการรวบรวมเอกสาร/หลักฐานหรือเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อประกอบการอ้างอิงคำตอบในแต่ละข้อคำถามตามความเป็นจริงตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์)
แหล่งข้อมูล	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (integrity and Transparency Assessment; ITA) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของสำนักงาน ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมินการ (Evidence Based Integrity and Transparency Assessment; EBIT) เป็นการประเมินการปฏิบัติงานภาครัฐโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เกี่ยวกับความโปร่งใส (Transparency) และวัฒนธรรมคุณธรรม (Integrity Culture) ของหน่วยงานภาครัฐ
รายการข้อมูล1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์(Evidence Base) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 85 (ใน 1 ปี)
รายการข้อมูล2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ได้รับการประเมิน ITA
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	กลุ่มเป้าหมายประเมินตนเองเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานเกิดความโปร่งใสตรวจสอบได้ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Base) ประเมินตนเองในรอบไตรมาสที่ 1 รอบ 3 เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 2 รอบ 6 เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ 3 (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ 4 (เดือนกันยายนของทุกปี)

เกณฑ์การให้คะแนน ระบุ/ระดับการทำงานที่คาดหวังในแต่ละไตรมาส			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
หน่วยงานประเมิน ตนเองตามแบบประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT EB1-3 ไตรมาสที่ 1 ธันวาคมของทุกปี	หน่วยงานประเมิน ตนเองตามแบบประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT EB1-11 ไตรมาสที่ 2 มีนาคมของทุกปี	หน่วยงานประเมิน ตนเองตามแบบประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT EB1-11 ไตรมาสที่ 3 มิถุนายนของทุกปี	หน่วยงานประเมิน ตนเองตามแบบประเมิน หลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Base Integrity and Transparency Assessment : EBIT EB1-11 ไตรมาสที่ 4 กันยายนของทุกปี
เอกสารสนับสนุน	แบบประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ของ ป.ป.ช. เฉพาะแบบประเมิน Evidence Based Integrity and Transparency Assessment		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางศิริวิทย์ หลิมโตประเสริฐ หมายเลขโทรศัพท์ 08 1877 2524 นางจัฐฉวี ใจแก้ว หัวหน้าศูนย์ธรรมาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 08 1470 8565		
หน่วยงานการ ประมวลผลและจัดทำ ข้อมูล	ศูนย์ธรรมาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 0 526 2692 ต่อ 3110		
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นางจัฐฉวี ใจแก้ว หัวหน้าศูนย์ธรรมาภิบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขโทรศัพท์ 08 1470 8565 นายทศพล นิตอมรบดี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 09 3324 5919 นางอรรณณ ปักชีสุวรรณ เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญการ 08 3115 0005 นางสาวเสาวลักษณ์ ภาคทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 08 6648 2118		

หมายเหตุ: เครื่องมือและหลักเกณฑ์การให้คะแนนอยู่ระหว่างการปรับปรุงโดย ป.ป.ช.

เมื่อจัดทำโดยสมบูรณ์จะได้จัดส่งให้ผู้เกี่ยวข้องต่อไป

เป้าประสงค์ที่ G10	ระบบควบคุมภายใน การบริหารความเสี่ยง และการบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 64 (R37)	ร้อยละของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินระบบการควบคุมภายใน
คำนิยาม	การควบคุมภายใน หมายถึง กระบวนการที่ผู้กำกับดูแลฝ่ายบริหารและบุคลากรทุกระดับของหน่วยรับตรวจ กำหนดให้มีขึ้นเพื่อให้มีความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้ 1. การดำเนินงาน (Operation : O) หมายถึง การบริหารจัดการ การใช้ทรัพยากรให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมถึงการดูแลรักษาทรัพย์สิน การป้องกันหรือลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล การสิ้นเปลืองหรือการทุจริตของหน่วยรับตรวจ 2. การรายงานทางการเงิน (Financial : F) หมายถึง รายงานทางการเงินที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ภายในและภายนอกหน่วยรับตรวจ เป็นไปอย่างถูกต้อง เชื่อถือได้ และทันเวลา 3. การปฏิบัติตามกฎหมายและระเบียบข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง (Compliance : C) ได้แก่ การปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ หรือมติคณะรัฐมนตรีที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของหน่วย รับตรวจ รวมทั้งการปฏิบัติตามนโยบายและวิธีการปฏิบัติงานที่องค์กรได้กำหนดขึ้น แนวคิดของการควบคุมภายใน 1. การควบคุมภายในเป็นกระบวนการที่รวมไว้หรือเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติงานตามปกติการควบคุมภายในมิใช่เหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง และมีผลสุดท้ายของกรกระทำแต่เป็นกระบวนการ (Process) ที่มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกำหนดไว้ในกระบวนการปฏิบัติงาน (Built in) ประจำวันตามปกติของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นฝ่ายบริหารจึงควรนำการควบคุมภายในมาใช้โดยรวมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการบริหารงาน ซึ่งได้แก่ การวางแผน (Planning) การดำเนินการ (Executing) และการติดตามผล (Monitoring) 2. การควบคุมภายในเกิดขึ้นได้โดยบุคลากรของหน่วยรับตรวจ บุคลากรทุกระดับเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการให้ความสนับสนุนระบบการควบคุมภายในของหน่วยรับตรวจให้มีประสิทธิผล ผู้บริหารเป็นผู้รับผิดชอบในการกำหนดและจัดให้มีระบบการควบคุมภายในที่มีประสิทธิผลด้วยการสร้างบรรยากาศสภาพแวดล้อมการควบคุม กำหนดทิศทาง กลไกการควบคุมและกิจกรรมต่าง ๆ

	รวมทั้งการติดตามผลการควบคุมภายใน ส่วนบุคลากรอื่นของหน่วยรับตรวจมีหน้าที่รับผิดชอบโดยการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนดขึ้น 3. การควบคุมภายในให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการปฏิบัติงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดถึงแม้ว่าการควบคุมภายในจะออกแบบไว้ให้มีประสิทธิผลเพียงใดก็ตามก็ไม่สามารถให้ความมั่นใจว่าจะทำให้การดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้อย่างสมบูรณ์ตามที่ตั้งใจไว้ ทั้งนี้เพราะการควบคุมภายในมีข้อจำกัด เช่น โอกาสที่จะเกิดข้อผิดพลาดจากบุคลากร เนื่องจากความไม่ระมัดระวัง ไม่เข้าใจคำสั่ง หรือการใช้ดุลยพินิจผิดพลาด การสมรู้ร่วมคิด การปฏิบัติผิดกฎหมายระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ที่สำคัญที่สุด คือ การที่ผู้บริหารหลีกเลี่ยงขั้นตอนของระบบการควบคุมภายในหรือใช้อำนาจในทางที่ผิด นอกจากนี้การวางระบบการควบคุมภายในจะต้องคำนึงถึงต้นทุนและผลประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกันว่าผลประโยชน์ที่ได้รับจากการควบคุมภายในจะคุ้มค่างับต้นทุนที่เกิดขึ้น ความรับผิดชอบของฝ่ายบริหารต่อการควบคุมภายใน “การควบคุมภายในเป็นเครื่องมือที่ผู้บริหารนำมาใช้เพื่อให้ความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่าการดำเนินงานจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด” คำว่า “การควบคุมภายใน” หรือ “ระบบการควบคุมภายใน” เป็นสิ่งที่ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยรับตรวจทุกคนควรให้ความสำคัญเพราะเป็นพันธกรณีที่สำคัญ ซึ่งจะช่วยให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างสำเร็จลุล่วง ตามนโยบายและวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ ดังนั้นการออกแบบการควบคุมภายในอย่างเหมาะสม และการติดตามผลการปฏิบัติตามระบบการควบคุมภายในที่ฝ่ายบริหารกำหนด รวมทั้งการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้บริหารได้รับทราบจุดอ่อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขให้หน่วยรับตรวจสามารถปฏิบัติงานได้สำเร็จตามนโยบายและวัตถุประสงค์อย่างต่อเนื่อง มาตรฐานการควบคุมภายใน มาตรฐานการควบคุมภายในที่คณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด มี 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. สภาพแวดล้อมของการควบคุม (Control Environment)

	2. การประเมินความเสี่ยง (Risk Assessment) 3. กิจกรรมการควบคุม (Control Activities) 4. สารสนเทศและการสื่อสาร (Information and Communications) 5. การติดตามประเมินผล (Monitoring) องค์ประกอบทั้ง 5 ประการ มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันโดยมีสภาพแวดล้อมของการควบคุมเป็นรากฐานที่สำคัญขององค์ประกอบอื่น ๆ องค์ประกอบทั้ง 5 นี้ เป็นสิ่งจำเป็นที่มีอยู่ในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยรับตรวจเพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของหน่วยรับตรวจ 3 ประการ คือ - การดำเนินงานเกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพ - รายงานทางการเงินน่าเชื่อถือ - มีการปฏิบัติตามกฎ ระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้อง การรายงานต่อคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดินและคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล ประจำกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) หรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลประจำจังหวัด (ส่วนภูมิภาค) ภายในวันที่ 30 ธันวาคม โดยให้หน่วยรับตรวจจัดส่งเฉพาะหนังสือรับรองการประเมินผลการควบคุมภายในเพียงฉบับเดียว สำหรับรายงานอื่นให้จัดเก็บไว้ที่หน่วยรับตรวจเพื่อให้หัวหน้าส่วนราชการและเจ้าหน้าที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องเรียกดูและสอบทานต่อไป การติดตามประเมินผล การติดตามประเมินผล เป็นวิธีการที่ช่วยให้ฝ่ายบริหารมีความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในมีการปฏิบัติตาม ฝ่ายบริหารต้องจัดให้มีการติดตามประเมินผล โดยการติดตามผลในระหว่างการทำงานและการประเมินผลเป็นรายครั้ง อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้ความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดหรือออกแบบไว้เพียงพอ เหมาะสม มีประสิทธิผลหรือต้องปรับปรุง การติดตามประเมินผล หมายถึง การะบวนการประเมินคุณภาพการปฏิบัติงานและประเมินประสิทธิผลของการควบคุมภายในที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไว้มีความเพียงพอและเหมาะสม มีการปฏิบัติตามระบบการควบคุม

	ภายในจริง ข้อบกพร่องที่พบได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมและทันเวลา ความรับผิดชอบของผู้บริหารต่อการติดตามประเมินผล ผู้บริหารต้องกำหนดให้มีผู้รับผิดชอบการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับความเพียงพอและประสิทธิผลของการควบคุมภายในอย่างต่อเนื่อง และกำหนดให้ การติดตามประเมินผลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติงานและจัดทำรายงานเสนอต่อผู้บริหารและคณะกรรมการตรวจสอบหรือคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการโดยตรง ผู้บริหารได้รับรายงานการติดตามการประเมินผล ควรดำเนินการดังนี้ - พิจารณาวិธีการปรับปรุงแก้ไขการควบคุมจากผลการประเมินฯ - กำหนดมาตรการที่เหมาะสมสำหรับการดำเนินการตามข้อเสนอแนะ - สั่งการให้ผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการแก้ไขข้อบกพร่อง - ชี้แจงถึงเหตุผลที่ไม่จำเป็นต้องดำเนินการใด ๆ ตามข้อเสนอแนะ การจัดทำรายงานผลการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายใน คณะกรรมการติดตามและประเมินผลระบบการควบคุมภายในดำเนินการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในเป็นรายครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และสรุปรายงานผลเสนอต่อผู้บริหารและจัดส่งให้คณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผล (คตป.) ประจำกระทรวง / ประจำจังหวัด เพื่อให้คณะกรรมการจัดทำรายงานเสนอต่อคณะกรรมการตรวจสอบและประเมินผลภาคราชการต่อไปและส่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด - รอบ 6 เดือน ภายในวันที่ 30 เมษายน ของทุกปี - รอบ 12 เดือน ภายในวันที่ 30 ตุลาคม ของทุกปี				
เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61		ปีงบประมาณ 62	
ร้อยละ 100		ร้อยละ 100		ร้อยละ 100	
ปีงบประมาณ 63		ปีงบประมาณ 64			
ร้อยละ 100		ร้อยละ 100			
วัตถุประสงค์		1. เพื่อให้ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของกระทรวงสาธารณสุข มีความรู้ความเข้าใจ ในการจัดการระบบการควบคุมภายในที่ถูกต้อง รวมทั้งมีความตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการใช้ประโยชน์ของระบบการควบคุมภายใน 2. เพื่อให้การจัดทำรายงานการควบคุมภายในของหน่วยงานภายในกระทรวงสาธารณสุข มีระบบการควบคุมภายในที่ได้มาตรฐานตามที่สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดินกำหนด			

	3. เพื่อให้การจัดวางระบบการควบคุมภายในของกระทรวงสาธารณสุข มีความครอบคลุมทุกภารกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งเป็นการป้องกันและลดความผิดพลาด ความเสียหาย การรั่วไหล ลื่นไถล หรือการทุจริตในหน่วยงาน								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(1 แห่ง) รพศ.(1 แห่ง) รพท.(3 แห่ง) และ รพช.(22 แห่ง)								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ดำเนินการประชุมคณะกรรมการฯ โดยใช้การประเมินงานระบบการควบคุมภายใน พร้อมรอบการตรวจราชการ และการเข้าตรวจสอบตามแผนปฏิบัติงานของหน่วยงาน								
แหล่งข้อมูล	ลงพื้นที่นิเทศงานกลุ่มเป้าหมาย								
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้คะแนนประเมิน 5 คะแนน								
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่ถูกประเมิน								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100								
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4								
เกณฑ์การประเมิน									
ปี 2560 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			ร้อยละ 100						
ปี 2561 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			ร้อยละ 100						
ปี 2562 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			ร้อยละ 100						
ปี 2563 :									
<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>ร้อยละ 100</td></tr></table>		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน				ร้อยละ 100
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
			ร้อยละ 100						
ปี 2564 :									

	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
				ร้อยละ 100	

วิธีการประเมินผลRanking :

การผ่านเกณฑ์แต่ละหน่วยงานต้องดำเนินการตามระบบควบคุมภายในตั้งแต่ระดับที่ 1 – 5 จึงจะถือว่าผ่านเกณฑ์

เกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

ระดับที่	กิจกรรม	ได้คะแนน
1	มีการกำหนดผู้รับผิดชอบในการจัดวางระบบการควบคุมภายใน และผู้ติดตามประเมินผลระบบควบคุมภายในของหน่วยงาน โดยบุคคลทั้งสองคนจะต้องไม่มีชื่อซ้ำกัน	1 คะแนน
2	ดำเนินการจัดวางระบบการควบคุมภายในครบทุกหน่วยรับตรวจและทุกส่วนงานย่อย และดำเนินการถูกต้องตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	2 คะแนน
3	การจัดทำรายงานระดับหน่วยรับตรวจ (ระดับองค์กร) แบบ ปอ.1 แบบ ปอ. 2 แบบ ปอ.3 กรณีหน่วยงานย่อย แบบ ปย.1 แบบ ปย.2 และแล้วเสร็จภายในระยะเวลาที่ระเบียบกำหนดได้ครบถ้วนและถูกต้อง ตามแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน	3 คะแนน
4	มีการนำระบบการควบคุมภายในที่กำหนดไปสู่การปฏิบัติครบทุกกระบวนการงาน	4 คะแนน
5	มีการติดตามประเมินผลระบบการควบคุมภายในปีละ2 ครั้ง (6 เดือน : ครั้ง) และการปรับปรุง ระบบการควบคุมภายในให้เป็นปัจจุบันอยู่เสมอ	5 คะแนน

เอกสารสนับสนุน :	หนังสือแนวทาง : การจัดวางระบบการควบคุมภายในและการประเมินผลการควบคุมภายในของสำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน พิมพ์ครั้งที่ 2 : ตุลาคม 2552				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	หน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการ	ร้อยละ	1.11	1.11	-

	ควบคุมภายในที่ได้ มาตรฐานตามที่ สำนักงานการตรวจเงิน แผ่นดินกำหนด				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ ผอ.รพ.สต.(จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน) โทรศัพท์ที่ทำงาน :045-262692 โทรศัพท์มือถือ :082-1591889 โทรสาร : 045-243301 E-mail :adisak.ubon2514@gmail.com 2. น.ส.โสภณัฐดา แสงเกาะ นักวิชาการเงินและบัญชี(พ) โทรศัพท์ที่ทำงาน :045-262692 โทรศัพท์มือถือ :084-3349939 โทรสาร : 045-243301 E-mail : s.sopitsuda@gmail.com งานตรวจสอบและควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	งานตรวจสอบและควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. นายอดิศักดิ์ ชามาตย์ ผอ.รพ.สต.(จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน) โทรศัพท์ที่ทำงาน :045-262692 โทรศัพท์มือถือ :082-1591889 โทรสาร : 045-243301 E-mail :adisak.ubon2514@gmail.com 2. น.ส.โสภณัฐดา แสงเกาะ นักวิชาการเงินและบัญชี(พ) โทรศัพท์ที่ทำงาน :045-262692 โทรศัพท์มือถือ :084-3349939 โทรสาร : 045-243301 E-mail : s.sopitsuda@gmail.com งานตรวจสอบและควบคุมภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				

เป้าประสงค์ที่ G10	ระบบควบคุมภายใน การบริหารความเสี่ยง และการบังคับใช้กฎหมายมีประสิทธิภาพ
ตัวชี้วัด I 65	จังหวัดมีการบังคับใช้กฎหมาย ครบองค์ประกอบที่กำหนด
คำนิยาม	กฎหมาย หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติและอนุบัญญัติ กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ กฎหมายเกี่ยวกับการสาธารณสุขที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย 5 เรื่อง คือ 1. กฎหมายให้บริการสาธารณสุขแก่ผู้ยากไร้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 2. กฎหมายให้บริการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 3. กฎหมายช่วยเหลือมารดา ก่อนและหลังคลอด 4. กฎหมายหลักประกันสุขภาพ 5. กฎหมายการแพทย์ปฐมภูมิ กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติที่เร่งด่วน หมายถึง กฎหมายประกาศใช้แล้วและต้องออกอนุบัญญัติโดยด่วนประกอบด้วย 1. พระราชบัญญัติแรงงานทางทะเล พ.ศ. 2558 2. พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 3. พระราชบัญญัติความลับทางการค้า พ.ศ. 2545 แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2558 4. พระราชบัญญัติเชื้อโรคและพิษจากสัตว์ พ.ศ. 2558 5. พระราชบัญญัติวิชาชีพทันตกรรม พ.ศ. 2537 แก้ไขเพิ่มเติมฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 6. พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 7. พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. 2558 8. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 กฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน หมายถึง ร่างกฎหมายที่ร่างแล้วเสร็จออกไปจากกระทรวงสาธารณสุขแล้ว แต่ยังไม่ีผลบังคับใช้เป็นกฎหมายจำนวน 9 ฉบับ ได้แก่ 1. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและ

	เด็กเล็กและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2. ร่างพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 3. ร่างพระราชบัญญัติอาสาสมัครสาธารณสุข พ.ศ. 4. ร่างพระราชบัญญัติว่าด้วยเซลล์บำบัด พ.ศ. 5. ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ได้รับผลกระทบจากบริการสาธารณสุข พ.ศ. 6. ร่างพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 7. ร่างพระราชบัญญัติความมั่นคงด้านวัคซีน พ.ศ. 8. ร่างพระราชบัญญัติอาหาร พ.ศ. 9. ร่างพระราชบัญญัติยา พ.ศ. กฎหมายที่ต้องควบคุมติดตาม หมายถึง กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขอื่น ที่ไม่ใช่กฎหมายที่ต้องออกตามรัฐธรรมนูญ กฎหมายที่ต้องออกอนุบัญญัติเร่งด่วนหรือกฎหมาย ที่ต้องดำเนินการเร่งด่วน การแก้ไข หมายถึง ขั้นตอนกระบวนการนิติบัญญัติในการออกกฎหมาย การแก้ไขกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งการเปล่กฎหมายกรณีกฎหมายที่ออกตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายที่ต้องดำเนินการเร่งด่วนต้องมีการประกาศใช้เป็นกฎหมายกรณีกฎหมายที่ต้องควบคุมติดตามให้สิ้นสุดกระบวนการเมื่อรัฐมนตรีลงนามส่งเรื่องไปสำนักงานเลขาธิการคณะรัฐมนตรี การเปล่กฎหมาย หมายถึง การเปล่กฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขระดับพระราชบัญญัติจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ จำนวน 44 ฉบับ การบังคับใช้กฎหมาย หมายถึง การดำเนินการให้สัมฤทธิ์ผลตามกฎหมายที่อยู่ในความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขได้บัญญัติไว้ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองสุขภาพของประชาชน ในปีงบประมาณ 2560 จะบังคับใช้กฎหมายที่สำคัญรวม 3 ประเด็น คือ 1. คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ 2. การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ 3. การจัดการกับขยะมูลฝอย

เกณฑ์เป้าหมาย

ร้อยละความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครอบครัวประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ทั่วประเทศ/เป้าหมาย ร้อยละ 90

กำหนดการบังคับใช้กฎหมายเป็น 4 องค์ประกอบให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการ

องค์ประกอบ	การดำเนินการ
1.	ต้องกำหนดการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงให้ความสำคัญเป็นตัวชี้วัดของนิติกร และผู้ปฏิบัติหน้าที่ด้านกฎหมายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและวางแผนการบังคับใช้กฎหมายร้อยละ 60 ของกฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้บังคับใช้ทั้ง 3 ประเด็น
2.	เข้าร่วมการพัฒนาความรู้ในการบังคับใช้กฎหมายที่กระทรวงสาธารณสุขจัดขึ้นในทุกช่องทาง ร้อยละ 75 ของที่มีการจัด
3.	ต้องมีการสร้างเครือข่ายการบังคับใช้กฎหมายภายในจังหวัดทั้งหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานอื่นดังนี้ -คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์ เครือข่ายได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานในศูนย์บริหารความเสี่ยง/นักเจรจาไกล่เกลี่ยของศูนย์ไกล่เกลี่ยหน่วยบริการ ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี ที่ 139/2559 ลงวันที่ 10 พฤศจิกายน พ.ศ.2559 เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยผู้ป่วยและการเจรจาไกล่เกลี่ย ทุกแห่งในจังหวัด -การโฆษณาเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เครือข่าย ได้แก่ พนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง คณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ กิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ (กสทช.)/ผู้ประกอบการสื่อสิ่งพิมพ์ในจังหวัด ชมรมสื่อมวลชน สมาคมวิทยุกระจายเสียงในชุมชนในจังหวัด เจ้าหน้าที่สรรพสามิต พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการในจังหวัดฯลฯ -การจัดการกับขยะมูลฝอย เครือข่าย ได้แก่ พนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พรบ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 สถานพยาบาลรัฐและคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประจำจังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการภายในจังหวัด โดยกิจกรรมที่ทำอาจเป็นการเชิญเข้ามาเป็นเครือข่ายหรือเชิญเข้าประชุมการบังคับใช้กฎหมายแต่ละเรื่อง หรือสร้างความสัมพันธ์ในการเข้าร่วมอบรมหรือเข้ามาเป็นวิทยากรในการอบรมภายในจังหวัด หรือช่วยออกตรวจ หรือขอให้ร่วมประชาสัมพันธ์ การบังคับใช้กฎหมาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต้องสร้างเครือข่ายอย่างน้อยร้อยละ 80 ของประเด็นกฎหมายที่จะบังคับใช้ (2 ใน 3 ของประเด็นกฎหมาย)

4.	ต้องมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างน้อย ดังนี้			
	1. มีกิจกรรมในเชิงบวกประชาสัมพันธ์และป้องปรามออกตรวจเดือนละ 1 ครั้ง หรือ			
	2. มีการใช้มาตรการลงโทษร้องทุกข์ดำเนินคดี หรือลงโทษเรื่องที่เกิดขึ้นภายในจังหวัดโดยขอให้รายงานกระทรวงสาธารณสุขทราบ พร้อมหลักฐานทุก 6 เดือน			
เกณฑ์การให้คะแนน				
ระดับ 1	ระดับ 2	ระดับ 3	ระดับ 4	ระดับ 5
60	70	80	90	100
วัตถุประสงค์	1. เพื่อนำกฎหมายที่ได้พัฒนาปรับปรุงแก้ไขของกระทรวงสาธารณสุขใน 3 ประเด็น			
	1)คดีเกี่ยวกับการให้บริการทางการแพทย์			
	2)การโฆษณาที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพ			
	3)การจัดการกับขยะมูลฝอยมาใช้ให้มีประสิทธิภาพและทันสมัย			
	เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพประชาชน			
	2. เพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจของกระทรวงสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	1. กฎหมายกระทรวงสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องใน 3 ประเด็น			
	2. จำนวนการบังคับใช้กฎหมายในจังหวัดอุบลราชธานี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.รวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการบังคับใช้กฎหมายใน 3 ประเด็น ของสำนักงานสาธารณสุขอุบลราชธานี			
	2. รายงานการบังคับใช้กฎหมาย โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และประเมินโดยกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
แหล่งข้อมูล	1. กลุ่มงานนิติการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
	2. กลุ่มงานประกันสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
	3. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคแลเภสัชสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
	4. กลุ่มงานสิ่งแวดล้อมและอาชีพะอนามัย			
รายการข้อมูล 1	I = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่บังคับใช้กฎหมายได้ครบองค์ประกอบ			
รายการข้อมูล 2	J = สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรคำนวณตัวชี้วัด = (I/J) x 100			

ระยะเวลาประเมินผล	ความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายที่อยู่ในอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข 3 ประเด็น ทำการประเมินไตรมาส 2 และ 4			
เกณฑ์การประเมิน				
ร้อยละ 90 ของความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	
ปี 2561 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2560 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ				
ปี 2562 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2561 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ				
ปี 2563 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2562 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ				
ปี 2564 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ดำเนินการต่อเนื่องจากปี 2563 โดยกำหนดกฎหมายที่จะบังคับใช้ตามนโยบายและวัดความสำเร็จเป็นร้อยละ				
วิธีการประเมินผล :	ความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมายครบองค์ประกอบที่กำหนดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ใน 3 ประเด็น ประเมินจากข้อมูลรายงานจากกลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยผู้ตรวจราชการฯ ตามตัวชี้วัดกลุ่มกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข			
เอกสารสนับสนุน :	แผนการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายในแต่ละปี			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
		2557	2558	2559
1.การให้บริการทางการแพทย์	เรื่อง			
1.1จำนวนการให้การช่วยเหลือตามคำร้องขอรับเงิน		31	20	37

ช่วยเหลือเบื้องต้นผู้ที่ได้รับความเสียหายจากการให้บริการทางการแพทย์ (ม.41 พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545) 1.2 จำนวนการดำเนินคดีให้บริการทางการแพทย์ 2.จำนวนข้อร้องเรียนที่มีการเปรียบเทียบปรับเกี่ยวกับการอาหาร,สถานพยาบาลและการโฆษณาและอาหารฯลฯ 3.สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่น/เทศบัญญัติในเรื่องเกี่ยวกับการกำจัดขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล(ยอดสะสม)	คดี เรื่อง แห่ง	2 2 160	2 4 168	3 8 173
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายระวี แววดศรี นิติกรชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานนิติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1234 โทรศัพท์มือถือ : 0895856035 โทรสาร :045-241918 E-mail : ravee250471@gmail.com 2. นางสาวอุทัย สมบูรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่นิติกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1234 โทรศัพท์มือถือ : 0892820220 โทรสาร : 045-241918 E-mail : authaisomboon@yahoo.com กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3.นางรำไพ สุวนาม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1150 4.นางสาวกาญจนา มหาพล เกษีกรเชี่ยวชาญ หัวหน้ากลุ่มงานกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262699 ต่อ 1000,3220 5.นายปรีชา ทองมูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 2108			
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานนิติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			

ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1. นางสาวอุทัย สมบูรณ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ปฏิบัติหน้าที่นิติกร โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1234 โทรศัพท์มือถือ : 0892820220 โทรสาร : 045-241918 E-mail : authaisomboon@yahoo.com 2. นายพิทักษ์ มูลประดับ นิติกรปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1234 โทรศัพท์มือถือ : 0850162104 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pitakubon@hotmail.com กลุ่มงานนิติกร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่ G11	มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มีสมรรถนะและมีความสุข
ตัวชี้วัด I 66	จังหวัดมีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	แผนกำลังคนด้านสุขภาพ หมายถึง แผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้ดำเนินการกำหนดแผนอัตรากำลัง แผนการพัฒนา กำลังคน และแผนบริหารกำลังคนของจังหวัดอุบลราชธานีไว้ หน่วยบริการ หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ระดับ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี อัตรากำลัง หมายถึง จำนวนและประเภทบุคลากรที่ปฏิบัติงานจริง อยู่ที่หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้จากระบบข้อมูล HROPS เกณฑ์การประเมิน จังหวัดมีการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ระดับที่ 1 จังหวัดมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90% ระดับที่ 2 มีการวิเคราะห์สถานการณ์ แนวโน้มกำลังคนด้านสุขภาพ ในแต่ละโรงพยาบาลชุมชน ,โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ไม่น้อยกว่า ประเด็นที่กำหนด ได้แก่จำนวนบุคลากรจำแนกตามประเภทบุคลากร ช่วงอายุของบุคลากรช่วงระยะเวลาการปฏิบัติงานอัตราการสูญเสียของบุคลากร อัตรากำลังแต่ละวิชาชีพต่อประชากร และความต้องการอัตรากำลังตาม แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellencecenter) ระดับที่ 3 มีการวางแผนการกระจายกำลังคน และแผนการแก้ไขปัญหา กำลังคนของโรงพยาบาลชุมชน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกับ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan & Excellencecenter)อัตราส่วน บุคลากรต่อประชากร และ/หรือ การกระจายเตียงต่อประชากร ระดับที่ 4 มีการวางแผนการสรรหาและพัฒนากำลังคน ของจังหวัด ระดับที่ 5 มีการกำหนดรูปแบบการติดตามและประเมินผล แผนกำลังคนของจังหวัด

เกณฑ์เป้าหมาย					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
จังหวัดได้มีการ ดำเนินการ วางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพระดับ จังหวัดถึง ระดับที่ 5	จังหวัดได้มีการ ดำเนินการ วางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพระดับ จังหวัดถึง ระดับที่ 5	จังหวัดได้มีการ ดำเนินการ วางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพระดับ จังหวัดถึง ระดับที่ 5	จังหวัดได้มีการ ดำเนินการ วางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพระดับ จังหวัดถึง ระดับที่ 5	จังหวัดได้มีการ ดำเนินการ วางแผนกำลังคน ด้านสุขภาพระดับ จังหวัดถึง ระดับที่ 5	
วัตถุประสงค์		เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนา คุณภาพ หน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถ ตอบสนองต่อทิศทางการของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”			
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย		หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ระดับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งในจังหวัด อุบลราชธานี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		1. วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS 2. วิเคราะห์จากฐานข้อมูล Google Drive ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. ประเมินจากเอกสารแผนกำลังคนของจังหวัด			
แหล่งข้อมูล		1. ข้อมูลอัตราากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงาน บุคคล สป. 2. แบบรายงานจากฐานข้อมูล Google Drive ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. เอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัด			
รายการข้อมูล 1		A = จังหวัดมีการดำเนินการวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพถึงระดับที่ 5			
ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 - 2564 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 12 เดือน
		จังหวัดได้มีการ ดำเนินการวางแผน กำลังคนด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด ถึงระดับที่ 2		จังหวัดได้มีการ ดำเนินการวางแผน กำลังคนด้านสุขภาพ ระดับจังหวัด ถึงระดับที่ 5
วิธีการประเมินผล :		1. วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS 2. วิเคราะห์จากฐานข้อมูล Google Drive ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 3. ประเมินจากเอกสารแผนกำลังคนของจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน :		ฐานข้อมูล Google Drive ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		<u>1. การจัดทำแผนกำลังคน</u> 1. นางวิภาลักษณ์ ชูติเดชานุกุล นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-700 โทรศัพท์มือถือ : 081-3054388 โทรสาร : 045-243301 E-mail : wpc_007@hotmail.com 2. นายสัญญาชัย บุญมาเสน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-700 โทรศัพท์มือถือ : 099-7146741 โทรสาร : 045-243301 E-mail : bunmasen@gmail.com <u>2. ระบบข้อมูล HROPS</u> 1. นางสาวกนกวรรณ จวีร์วรรณ นักทรัพยากรบุคคล(พ) โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-700 โทรศัพท์มือถือ : 086-8675146 โทรสาร : 045-243301 E-mail : kanknok07@gmail.com กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)		กลุ่มภารกิจกำลังคนด้านสุขภาพ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สป. กลุ่มบริหารงานบุคคล สำนักบริหารกลาง สป.		
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน		นายสัญญาชัย บุญมาเสน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-700 โทรศัพท์มือถือ : 099-7146741 โทรสาร : 045-243301 E-mail : bunmasen@gmail.com		

เป้าประสงค์ที่ G11	มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มีสมรรถนะและมีความสุข			
ตัวชี้วัด I 67	ร้อยละของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ			
คำนิยาม	อำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ หมายถึง อำเภอที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีทุกระดับที่มีที่ตั้งอยู่ในอำเภอนั้นๆ มีอัตรากำลังบุคลากร ไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนซึ่งกำหนดไว้ในอัตรากำลังของแผนกำลังคนของจังหวัด			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อให้มีกำลังคนด้านสุขภาพที่เพียงพอ มีการกระจายที่เหมาะสม ได้รับการพัฒนาคุณภาพหน่วยงานตระหนักถึงความสมเหตุสมผลในการพัฒนาคน ให้สามารถตอบสนองต่อทิศทางการของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ทุกระดับ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	วิเคราะห์จากระบบข้อมูล HROPS เทียบกับแผนกำลังคนของจังหวัดอุบลราชธานี			
แหล่งข้อมูล	1. ข้อมูลอัตรากำลัง ใช้ข้อมูลจากระบบข้อมูล HROPS ของกลุ่มบริหารงานบุคคล สป. 2. แผนกำลังคนด้านสุขภาพ ใช้ข้อมูลจากเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขไม่ต่ำกว่า 80 % ของแผนกำลังคนด้านสุขภาพ			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนอำเภอทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4			

เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
จังหวัดมีการบันทึกข้อมูลบุคลากรในระบบ HROPS ครบถ้วน > 90%	ทุกอำเภอมีแผนกำลังคนด้านสุขภาพ	ร้อยละ 50 ของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน	ร้อยละ 50 ของอำเภอที่มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ ไม่ต่ำกว่า 80% ของแผนกำลังคน

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 60

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 70

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 80

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 90

วิธีการประเมินผล :

ประเมินจากข้อมูลในระบบ HROPS เปรียบเทียบกับเอกสารแผนกำลังคนด้านสุขภาพของจังหวัด

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด

1. นางวิภาลักษณ์ ชูติเดชานุกูล นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-700 โทรศัพท์มือถือ : 081-3054388
โทรสาร : 045-243301 E-mail : wpc_007@hotmail.com
2. นายสัญญา บุญมาเสน นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ
โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692-700 โทรศัพท์มือถือ : 099-7146741
โทรสาร : 045-243301 E-mail : bunmasen@gmail.com
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่ G11	มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มีสมรรถนะและมีความสุข
ตัวชี้วัด I 68	ร้อยละของบุคลากรสาธารณสุขผ่านการประเมินสมรรถนะตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญในระดับจังหวัด ส่งผลต่อการบริการประชาชนไม่ครอบคลุม ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศใน 20 ปีข้างหน้า มุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพทุกสาขา จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับวิชาชีพที่ปฏิบัติ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน บุคลากร หมายถึง ข้าราชการ/พนักงานราชการ/พนักงานกระทรวงสาธารณสุข/ ลูกจ้างประจำ และลูกจ้างชั่วคราวที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานจังหวัด (รพ.สต./สสอ./รพช./สสจ./รพท.) สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สมรรถนะ หมายถึง คุณลักษณะพื้นฐาน (Underlying Characteristic) ที่มีอยู่ภายในตัวบุคคล ได้แก่ แรงจูงใจ (Motive) อุปนิสัย (Trait) อัตมโนทัศน์ (Self-Concept) ความรู้ (Knowledge) และทักษะ (Skill) ซึ่งคุณลักษณะ เหล่านี้จะเป็นตัวผลักดันหรือมีความสัมพันธ์เชิงเหตุผล (Causal Relationship) ให้บุคคลสามารถปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและ/หรือ สูงกว่าเกณฑ์อ้างอิง (Criterion-Reference) หรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ซึ่งระดับความสำเร็จของการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรจะประเมิน โดยใช้เกณฑ์เดียวกับสำนักงาน ก.พ. กำหนด คือวัดจากสมรรถนะหลัก 5 ตัว ได้แก่ 1. การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2. การบริการที่ดี 3. การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4. การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรมและ 5. การทำงานเป็นทีม 6. มีสมรรถนะตาม Core Value MOPH M=Mastery เป็นนายตัวเอง O=Originality เร่งสร้างสิ่งใหม่ P=People centered Approach ใส่ใจประชาชน H=Humility ถ่อมตน อ่อนน้อม การพัฒนาสมรรถนะบุคลากร หมายถึง กระบวนการที่จัดขึ้น เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะและสมรรถนะทางวิชาชีพแก่บุคลากรของหน่วยงาน เพื่อยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานตามภารกิจที่รับผิดชอบให้สูงขึ้น โดยมีวิธีการ

	พัฒนาที่หลากหลายรูปแบบ เช่น การฝึกอบรม การศึกษาดูงาน การสัมมนา และการเรียนรู้ด้วยตนเองจากชุดฝึกอบรมหรือแบบเรียนสำเร็จรูป โดยมีดำเนินการพัฒนาที่เป็นระบบสอดคล้องกับแผนการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ที่กำหนดไว้				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้บุคลากรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการประเมินสมรรถนะสรุปส่วนขาดมาพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสอดคล้องกับวิชาชีพ และภารกิจงานตอบสนองยุทธศาสตร์ประเทศ				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ข้อมูลผลการดำเนินงาน: วัดผลการดำเนินงานระดับอำเภอแยกเป็น 2 หน่วยงาน (สสอ.และรพช.)				
	ขั้นตอนการดำเนินงาน	การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559			
	1	หน่วยงานอำเภอดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้และติดตามผลการประเมินผลการปฏิบัติงานระดับอำเภอ			
	2	รวบรวมข้อมูลการดำเนินการประเมินสมรรถนะบุคลากรตามความเป็นจริงของหน่วยงาน ได้แก่ รพช.,สสอ.,รพ.สต.ในรอบที่ 1 ปี 2559 (ตุลาคม 59 – มีนาคม 60) รอบที่ 2 (เมษายน 60 – กันยายน 60) แล้ววิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยโดยรวมเป็นภาพอำเภอ			
	3	จัดทำเป็นแผนพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ของหน่วยงาน โดยนำผลการประเมินสมรรถนะรายบุคคล(GAP Competency ตามมาตรฐานสมรรถนะหลัก ก.พ. 5ตัว) มาวิเคราะห์ในส่วนที่หน่วยงานต้องพัฒนาหรือบุคคลพัฒนาเอง			
	4	ดำเนินการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรของหน่วยงานตามแผนที่กำหนดไว้			
	5	หน่วยงานสรุปประเมินผลสมรรถนะบุคลากรตามความเป็นจริง ส่งข้อมูลมาระดับจังหวัดภายในเวลาที่กำหนด			
	ข้อมูลรายรอบ : หมายถึง รอบที่ 1 ปี 2559 (ตุลาคม 59 - มีนาคม 60) รอบที่ 2 (เมษายน 60 – กันยายน 60)				

แหล่งข้อมูล	1.คำสั่งคณะกรรมการ 2.ผลการประเมินสมรรถนะรายบุคคล 3.แผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรรายบุคคล (IDP) 4.แผนพัฒนาสมรรถนะบุคลากรขององค์กร		
เกณฑ์การให้คะแนน	คำนวณคะแนนจากผลการดำเนินงาน		
รายการข้อมูล 1	รายงานผลการประเมินสมรรถนะบุคลากร		
รายการข้อมูล 2	A=จำนวนบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการประเมินสมรรถนะหลัก 5 ด้าน และสมรรถนะตามค่านิยม Core Value MOPH		
รายการข้อมูล 3	B=จำนวนบุคลากรทั้งหมดจำแนกตามกลุ่ม ตามค่านิยม		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100		
ระยะเวลาประเมินผล	มิถุนายน 2560		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-2ร้อยละ 80	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-3ร้อยละ 85	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-4ร้อยละ 90	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-5ร้อยละ 95
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-2ร้อยละ 80	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-3ร้อยละ 85	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-4ร้อยละ 90	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-5ร้อยละ 95
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-2ร้อยละ 90	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-3ร้อยละ 95	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-4ร้อยละ 100	มีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ 1-5ร้อยละ 100

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินงานตาม ขั้นตอนที่ 1-2 ร้อยละ 95	มีการดำเนินงานตาม ขั้นตอนที่ 1-3 ร้อยละ 100	มีการดำเนินงานตาม ขั้นตอนที่ 1-4 ร้อยละ 100	มีการดำเนินงานตาม ขั้นตอนที่ 1-5 ร้อยละ 100

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการดำเนินงานตาม ขั้นตอนที่ 1-2 ร้อยละ 100	มีการดำเนินงานตาม ขั้นตอนที่ 1-3 ร้อยละ 100	มีการดำเนินงานตาม ขั้นตอนที่ 1-4 ร้อยละ 100	มีการดำเนินงานตาม ขั้นตอนที่ 1-5 ร้อยละ 100

ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	95	ร้อยละ	95	95	95
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ 1) นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 089-6269853 E-mail: thidarat.b@hotmail.co.th ผู้รับผิดชอบ 2) นางสุภาภรณ์ อุตมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร 089-8449962				
หน่วยงาน ประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ 1) นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 089-6269853 E-mail: thidarat.b@hotmail.co.th ผู้รับผิดชอบ 2) นางสุภาภรณ์ อุตมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร 089-8449962				

เป้าประสงค์ที่ G11	มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มีสมรรถนะและมีความสุข
ตัวชี้วัด I 69	ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	สถานการณ์ปัญหาด้านกำลังคน การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ เป็นปัญหาสำคัญในระดับจังหวัด ส่งผลต่อการบริการประชาชนไม่ครอบคลุม ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศใน 20 ปีข้างหน้ามุ่งเน้นให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืน ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพทุกสาขา จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะที่สอดคล้องกับวิชาชีพที่ปฏิบัติ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ประชาชนมีสุขภาพดีอย่างยั่งยืนตามเกณฑ์คุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ ได้กำหนดให้ส่วนราชการต้องดำเนินการตามแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล เพื่อให้มีขีดสมรรถนะที่เหมาะสม สามารถปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย 1.จัดทำแผนกลยุทธ์การบริหารทรัพยากรบุคคล ให้สอดคล้องกับเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ขององค์กร โดยวางแผนบริหารอัตรากำลังให้ครอบคลุมทุกกิจกรรม ดังนี้ 1.1 การวางแผนอัตรากำลัง 1.2 พัฒนาและเพิ่มขีดสมรรถนะบุคลากร 1.3บริหารบุคลากรที่มีทักษะหรือสมรรถนะสูงในสายงานหลัก 1.4 การสร้าง/พัฒนาข้าราชการเพื่อสืบทอดตำแหน่งผู้บริหาร 1.5 การสร้างความก้าวหน้าในหน้าที่การงานให้แก่บุคลากร 1.6 การจัดระบบฐานข้อมูลด้านการบริหารทรัพยากรบุคคล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ 2. การพัฒนาบุคลากร เป็นกระบวนการบริหารงานบุคคลที่ต้องปฏิบัติอยู่ตลอดเวลา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพให้กับบุคลากร ตลอดจนทำให้บุคลากรมีความเติบโตก้าวหน้าและทันต่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่ง การพัฒนาบุคลากรสามารถดำเนินการได้ 2 รูปแบบ คือ แบบที่เป็นทางการ เช่น การบรรยาย การฝึกอบรม เป็นต้น และแบบไม่เป็นทางการ เช่น การสอนงาน การเป็นพี่เลี้ยง การสอนแนะ(Coaching)และการสอนงานอย่างใกล้ชิด บุคลากร หมายถึง บุคลากร 5 กลุ่ม ดังนี้ 1.บุคลากรวิชาชีพ (Health professionals) มี 6 สายงาน ได้แก่ ทันตแพทย์เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักเทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด

	และ นักวิชาการสาธารณสุข 2.บุคลากรสหวิชาชีพ (Allied Health professionals) ได้แก่ บุคลากรซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ7สายงาน ได้แก่ นักรังสีการแพทย์นักกิจกรรมบำบัดนักจิตวิทยาคลินิก นักเวชศาสตร์ การสื่อความหมาย นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก นักฟิสิกส์รังสี และนักการแพทย์แผนไทย 2.1 บุคลากรอื่นมี 7 สายงาน ได้แก่ นักวิชาการทันตสาธารณสุข นักโภชนาการ นักวิทยาศาสตร์การแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการ ศึกษาพิเศษ นักกายภาพอุปกรณ์ นักวิชาการอาหารและยา 3. บุคลากรสนับสนุน (Associates Health personal) ประกอบด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขเจ้าพนักงานเวชสถิติ และเจ้าพนักงานรังสี การแพทย์ 4. บุคลากรสายสนับสนุน (Back office)ประกอบด้วย ชุกรการ การเงิน พัสดุ นิติกร ฯลฯ 5.บุคลากรผู้ทำหน้าที่บริหารงาน ประกอบด้วย ระดับสูง ระดับกลาง ระดับต้น ร้อยละบุคลากรได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง จำนวนบุคลากรทั้ง 5 กลุ่มได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์บริหารกิจการบ้านเมือง ที่ดี พ.ศ. 2546 มาตรา 47 เทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบริหาร อัตรากำลังของเขตสุขภาพ			
เกณฑ์เป้าหมาย :				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95	ร้อยละ 100
วัตถุประสงค์	ให้บุคลากรในระบบสุขภาพได้รับการพัฒนาให้มีขีดสมรรถนะสูงอย่างมืออาชีพ เพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ประเทศ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน			
แหล่งข้อมูล	จำนวนบุคลากรในกลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี			

รายการข้อมูล 1	แผนบริหารอัตรากำลังทุกระดับที่มีการกำหนดหรือระบุเป้าหมายการพัฒนาตามเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	A=จำนวนบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาในปีที่วัดผล
รายการข้อมูล 3	B=จำนวนบุคลากรทั้งหมดจำแนกตามกลุ่ม ตามคํานิยาม
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	มิถุนายน 2560

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรรายกลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ 80	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรรายกลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ 85	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาบุคลากรรายกลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ 90	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาบุคลากรราย กลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ 95	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาบุคลากรราย กลุ่มเฉลี่ย ร้อยละ 100	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 50 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 80 ของเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาบุคลากร ร้อยละ 100

เกณฑ์การให้คะแนน	-				
วิธีการประเมินผล :	รวบรวมข้อมูล นำมาวิเคราะห์ผลเปรียบเทียบเกณฑ์และคำนวณตามสูตรที่กำหนด				
เอกสารสนับสนุน :	แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวง				
ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	77	ร้อยละ	77	77	77
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ 1) นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 089-6269853 E-mail: thidarat.b@hotmail.co.th ผู้รับผิดชอบ 2) นางสุภาภรณ์ อุตมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร 089-8449962				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ 1) นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 089-6269853 E-mail: thidarat.b@hotmail.co.th ผู้รับผิดชอบ 2) นางสุภาภรณ์ อุตมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร 089-8449962				

(ตัวอย่าง) แบบรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

: ร้อยละของบุคลากรที่ได้รับการพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด

หน่วยงาน สสอ./รพช.

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา	ร้อยละ ที่ได้รับการ พัฒนา
1.กลุ่มวิชาชีพ	1.แพทย์			
	2.ทันตแพทย์			
	3.เภสัชกร			
	4.พยาบาล			
	5.นักเทคนิคการแพทย์			
	6.นักกายภาพบำบัด			
	7.นักวิชาการสาธารณสุข			
2.กลุ่มสหวิชาชีพ	8.นักรังสีการแพทย์			
	9.นักกิจกรรมบำบัด			
	11.นักจิตวิทยาคลินิก			
	12.นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก			
	13.นักฟิสิกส์รังสี			
	14.แพทย์แผนไทย			
	15.นักวิชาการทันตสาธารณสุข			
	16.นักโภชนาการ			
	17.นักวิทยาศาสตร์การแพทย์			
	18.นักสังคมสงเคราะห์			
	19.นักวิชาการศึกษาพิเศษ			
	20.นักกายอุปกรณ์			
	21.นักวิชาการอาหารและยา			

กลุ่มบุคลากร	ชื่อวิชาชีพ	จำนวนที่ ต้องการ พัฒนา	จำนวนที่ ได้รับการ พัฒนา	ร้อยละ ที่ได้รับการ พัฒนา
3.บุคลากร สนับสนุน	22.เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข			
	23.เจ้าพนักงานเภสัชกรรม			
	24.เจ้าพนักงานสาธารณสุข			
	25.เจ้าพนักงานเวชสถิติ			
	26.เจ้าพนักงานรังสีการแพทย์			
4.บุคลากร สนับสนุน	1.การเงิน			
	2.พัสดุ			
	3.ธุรการ			
	4.นิติกร			
5.ผู้บริหาร	ระดับ			
	ระดับกลาง			
	ระดับต้น			
	รวมทั้งสิ้น			

หมายเหตุ เกณฑ์การให้คะแนน

ระดับ 5 เท่ากับร้อยละ 80-100

ระดับ 4 เท่ากับร้อยละ 60-80

ระดับ 3 เท่ากับร้อยละ 40-60

ระดับ 2 เท่ากับร้อยละ 20-40

ระดับ 1 เท่ากับร้อยละ ต่ำกว่าร้อยละ 20

เป้าประสงค์ที่ 11	มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มีสมรรถนะและมีความสุข				
ตัวชี้วัด 170	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index)และ Core Value “MOPH”ไปใช้				
คำนิยาม	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ หมายถึง หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index)รายบุคคลโดยผ่านระบบ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมินและนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ชี้แจงแนวทางการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานและการวัดดัชนีความสุขของคนทำงานไปใช้ ระดับที่ 2 มีการสำรวจข้อมูล ระดับที่ 3 มีการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล ระดับที่ 4 มีการทำแผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน ระดับที่ 5 มีการใช้แผนพัฒนาความสุขของคนทำงาน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	
ร้อยละ 50	ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90	
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆเพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ				
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100				

ระยะเวลาประเมินผล		ไตรมาส 4	
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	มีการชี้แจงทำความเข้าใจ แนวทางการวัดดัชนี ความสุขของคนทำงาน และการนำดัชนีความสุข ของคนทำงานไปใช้	หน่วยงานมีการประเมิน ดัชนีความสุขของ คนทำงาน (Happy Work life index) รายบุคคลมากกว่า ร้อยละ 60 ของจำนวน บุคลากรของหน่วยงาน นั้น	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงานมีการนำดัชนี ความสุขของคนทำงาน (Happy Work life Index) ไปใช้ ตั้งแต่ ระดับที่ 3 ขึ้นไป
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 60
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 70
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 80
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
			หน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work Life Index) ไปใช้ ร้อยละ 90
วิธีการประเมินผล :		สำรวจ	

ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	74	ร้อยละ	69	71	74
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ 1) นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 089-6269853 E-mail: thidarat.b@hotmail.co.th ผู้รับผิดชอบ 2) นางสุภาภรณ์อุตมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร 089-8449962				
หน่วยงานประมวผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ 1) นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 089-6269853 E-mail: thidarat.b@hotmail.co.th ผู้รับผิดชอบ 2) นางสุภาภรณ์อุตมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร 089-8449962				

เป้าประสงค์ที่ 11	มีบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ มีสมรรถนะและมีความสุข				
ตัวชี้วัด 171	ร้อยละของหน่วยงานที่มีการนำดัชนีความสุขของคนทำงาน (Happy Work place Index) ไปใช้				
คำนิยาม	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place index) โดยผ่านระบบ Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based หน่วยงานนั้นมีการวิเคราะห์ผลการประเมิน และหน่วยงานนั้นนำผลการวิเคราะห์นั้นมาใช้ในการพัฒนาหน่วยงาน เพื่อพัฒนาสู่องค์กรที่มีความสุข				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 50		ร้อยละ 60	ร้อยละ 70	ร้อยละ 80	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อนำผลการประเมินดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Work Place Index) มาใช้ในการพัฒนาองค์กร การบริหารงาน การดำเนินการต่างๆ เพื่อส่งเสริมความสุขในการทำงานอย่างตรงประเด็น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงานให้บรรลุเป้าหมายร่วมขององค์กร				

	“ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สำรวจโดย Paper-based หรือ Online-based หรือ Mobile App-based 2.รายงานของหน่วยบริการ
แหล่งข้อมูล	Server กลางของกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่มีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy Work Place Index) ไปใช้
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4

เกณฑ์การประเมิน

ปี 2560 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงาน มีการ ประเมินดัชนีองค์กร ที่มีความสุข (Happy work place) โดยมีผู้ ประเมินมากกว่า ร้อยละ 50 ของ จำนวนบุคลากรของ หน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของ หน่วยงาน มีการ ประเมินดัชนีองค์กร ที่มีความสุข (Happy work place) โดยมีผู้ ประเมินมากกว่า ร้อยละ 70 ของ จำนวนบุคลากรของ หน่วยงานนั้น	ร้อยละ 50 ของหน่วยงานมี การนำดัชนีองค์กรที่มี ความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 60 ของหน่วยงานมีการนำดัชนีองค์กร ที่มีความสุข (Happy work place)ไปใช้

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 70 ของหน่วยงานมีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place) ไปใช้

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 80 ของหน่วยงานมีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place) ไปใช้

ปี 2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-	-	-	ร้อยละ 80 ของหน่วยงานมีการนำดัชนีองค์กรที่มีความสุข (Happy work place) ไปใช้

วิธีการประเมินผล :	จากการสำรวจ				
เอกสารสนับสนุน :	-				
ข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	-	-	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ผู้รับผิดชอบ 1) นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 089-6269853 E-mail: thidarat.b@hotmail.co.th ผู้รับผิดชอบ 2) นางสุภาภรณ์ อุตมั่ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทร 089-8449962				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ผู้รับผิดชอบ 1) นางธิดารัตน์ บุญทรง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 089-6269853 E-mail: thidarat.b@hotmail.co.th				

เป้าประสงค์ที่ G12	มีการพัฒนางานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในองค์กร								
ตัวชี้วัด I 72 (PA ตร. R38)	ร้อยละผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้องค์กรนำไปใช้ประโยชน์								
คำนิยาม	ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้แก่ นิพนธ์ต้นฉบับ (original article) หรือบทปฏิบัติการ (review article) หรือบทความพิเศษ (special article) หรือบทความฟื้นฟู (refresher course) หรือรายงานเบื้องต้น (preliminary report) หรือรายงานสังเขป (short communication) หรือรายงานผู้ป่วย (case report) หรือปกิณกะ (miscellany) หรือนวัตกรรม (innovation) ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้องค์กรนำไปใช้ประโยชน์ หมายถึง องค์ความรู้ทางการแพทย์/การแพทย์/การสาธารณสุขที่ผ่านการวิจัย/พัฒนา ได้รับการถ่ายทอด เผยแพร่สู่กลุ่มเป้าหมายที่กำหนดในช่องทาง/สื่อต่าง ๆ รวมถึงที่ได้เผยแพร่ในการประชุมวิชาการทั้งในระดับประเทศและต่างประเทศ และนำไปใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ที่ระบุในโครงการวิจัยหรือรายงานการวิจัย สามารถนำไปแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีหลักฐานปรากฏอย่างชัดเจนถึงการนำไปใช้จนก่อให้เกิดประโยชน์ได้จริงอย่างชัดเจน หรือมีการใช้ประโยชน์เชิงวิชาการในการอ้างอิง (Citation) ในบทความวิชาการระดับชาติหรือนานาชาติ								
เกณฑ์เป้าหมาย									
	<table><tr><td>รอบ 3 เดือน</td><td>รอบ 6 เดือน</td><td>รอบ 9 เดือน</td><td>รอบ 12 เดือน</td></tr><tr><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง</td></tr></table>	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	-	-	-	อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน						
-	-	-	อย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง						
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพให้องค์กรนำไปใช้ประโยชน์								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	จำนวน 25 อำเภอ (ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขใน กลุ่มงาน/งาน/ศูนย์ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/สสข./ศสม./PCC/PCU ใน รพ.)								

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. แฉงนัษผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผลิตโดย 1.1 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการทาง การแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานในเขตสุขภาพ 1.2 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัยเข้ารับเผยแพร่ในวารสารวิชาการ สาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข และวารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี 1.3 สถานบริการสุขภาพทุกระดับที่ส่งผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ เข้าร่วมนำเสนองานวิชาการระดับจังหวัด เขต และกระทรวง 1.4 ผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ผ่านการอ่านทบทวนจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา และบรรณาธิการวารสารวิชาการสาธารณสุข และได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุขทางเว็บไซต์ของสำนักวิชาการสาธารณสุข โดยนับเริ่มตั้งแต่ฉบับที่ 6 ของปีงบประมาณที่ผ่านมาถึงฉบับที่ 5 ของปีงบประมาณปัจจุบัน (วารสารวิชาการสาธารณสุขผลิต 6 เล่ม/ปี และวารสารวิชาการสาธารณสุขอุบลราชธานี 3 เล่ม/ปี) 2. การนิเทศติดตามประเมินผล
แหล่งข้อมูล	1. สรุปผลงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีประจำปี 2560 2. สรุปผลการดำเนินงานสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับประจำปี 2560
คำเป้าหมาย	อำเภอละด้อยอย่างน้อย 1 เรื่อง
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)

เกณฑ์การประเมิน			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวางแผนการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณในการทำวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ	- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม	- มีการควบคุมกำกับติดตามงาน - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	- มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปีอย่างน้อยอำเภอละ 1 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.com/ / www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวางแผนการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณในการทำวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ	- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม	- มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	- มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปีอย่างน้อยอำเภอละ 2 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.com/ / www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป

ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวางแผนการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้องค์กรหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณในการทำวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ	- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม	- มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	- มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปีอย่างน้อยอำเภอละ 3 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.com / www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวางแผนการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้องค์กรหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณในการทำวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ	- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม	- มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	- มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปีอย่างน้อยอำเภอละ 4 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.com / www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวางแผนการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ให้องค์กรหน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณในการทำวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ	- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม	- มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน - มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	- มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปีอย่างน้อยอำเภอละ 5 เรื่อง - มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.com

ประโยชน์ - มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณในการทำวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ	- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - รูปภาพกิจกรรม	- มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	/www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ - เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking

1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
-มีการวางแผนการวิจัย R2R ด้านสุขภาพที่ให้หน่วยงานต่างๆ นำไปใช้ประโยชน์ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณในการทำวิจัย R2R ด้านสุขภาพ	-มีการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม	-จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ -รูปภาพกิจกรรมประกอบ	-มีการควบคุมกำกับติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	-มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปีอย่างน้อย 1 เรื่อง -มีการเผยแพร่องค์ความรู้ www.kmmo.ph.com www.ubonhealthnews.com -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานวิจัย R2R ด้านสุขภาพ -เผยแพร่ผลงานในวารสารวิชาการระดับจังหวัดขึ้นไป

วิธีการประเมินผล :	โดยการนับจำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่นำไปใช้ประโยชน์ โดยที่ผลงานวิจัยจะดำเนินการในช่วงเวลาใดก็ได้ กรณีที่งานวิจัย/R2R มีการนำไปใช้ประโยชน์มากกว่า 1 ครั้ง ให้นับการใช้ประโยชน์ได้เพียงครั้งเดียว ประเภทของการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพมีดังนี้ 1. เชิงเศรษฐกิจและพาณิชย์ ได้แก่ ได้รับหนังสือหรือหลักฐานอื่น แสดงความสนใจเพื่อเจรจาธุรกิจ มีการซื้อขายเทคโนโลยีระหว่างนักวิจัยและผู้นำไปใช้ประโยชน์ การจดลิขสิทธิ์ของผลิตภัณฑ์จากผลงานวิจัย 2. เชิงวิชาการ ได้แก่ การปรับแนวทางเวชปฏิบัติ การอ้างอิงผลงานวิจัยที่ตีพิมพ์ใน วารสารวิชาการระดับประเทศและหรือระดับนานาชาติ 3. เชิงนโยบาย หมายถึง จำนวนผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพ ที่นำไปประกอบการตัดสินใจในการบริหาร และการกำหนดเป็นนโยบาย มาตรการ แนวทางสำคัญ ในการพัฒนาด้านส่งเสริม รักษา ป้องกันฟื้นฟูสุขภาพ และคุ้มครองผู้บริโภค โดยมีหลักฐานแสดงประกอบการนำไปใช้ 4. เชิงการพัฒนาสังคมและชุมชน โดยการถ่ายทอดเทคโนโลยีที่ได้จากงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด เช่น อบรบ คู่มือ แผ่นพับ โปสเตอร์ เว็บไซต์ฯ																
เอกสารสนับสนุน :	1. เว็บไซต์ http://www.thailand.digitaljournals.org ในกรณีที่ผลงานวิจัย/R2R ได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการสาธารณสุข/ เว็บไซต์ กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ http://www.ubonhealthnews.com 2. ผลงานที่เป็นต้นฉบับสมบูรณ์ที่ได้รับการพิจารณาว่าเหมาะสมจากบรรณาธิการ ซึ่งพร้อมที่จะเผยแพร่ 3. เอกสารนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) ที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ (Journal) ในระดับชาติหรือนานาชาติ 4. บทคัดย่อผลงานวิจัย/R2R ด้านสุขภาพที่ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอในงานประชุมวิชาการระดับจังหวัด / เขต / กระทรวงสาธารณสุขประจำปี																
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th><th rowspan="2">หน่วยวัด</th><th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th></tr> <tr> <th>2557</th><th>2558</th><th>2559</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่</td><td>ผลงาน</td><td>NA</td><td>NA</td><td>54</td></tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			2557	2558	2559	ผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงาน	NA	NA	54
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.															
		2557	2558	2559													
ผลงานวิจัย/R2Rด้านสุขภาพได้รับการพัฒนาและนำไปถ่ายทอดเผยแพร่	ผลงาน	NA	NA	54													

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ดร.อรุณ บุญสร้าง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 089-6304943 โทรสาร : 045-261864 E-mail : boonsrang.arun@gmail.com 2. นายวิษณุ สุขศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 081-5478735 โทรสาร : 045-261864 E-mail : sm12_pop@hotmail.com 3. นางสาวนิรมล กมฺุทชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 094-4955849 โทรสาร : 045-261864 E-mail : Nirumon7@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	1. ดร.อรุณ บุญสร้าง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 089-6304943 โทรสาร : 045-261864 E-mail : boonsrang.arun@gmail.com 2. นายวิษณุ สุขศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 081-5478735 โทรสาร : 045-261864 E-mail : sm12_pop@hotmail.com 3. นางสาวนิรมล กมฺุทชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 094-4955849 โทรสาร : 045-261864 E-mail : Nirumon7@gmail.com

เป้าประสงค์ที่ G12	มีการพัฒนางานวิจัยและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพในองค์กร			
ตัวชี้วัด I 73	จังหวัดมีการจัดการความรู้ (เรื่อง)			
คำนิยาม	การจัดการความรู้(Knowledge Management) หมายถึง การรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในส่วนราชการซึ่งกระจัดกระจายอยู่ในตัวบุคคลหรือเอกสาร มาพัฒนาให้เป็นระบบ เพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้ และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้องค์กรมีความสามารถในเชิงแข่งขันสูงสุด หน่วยงานมีการจัดการความรู้Knowledge Management ผ่านเกณฑ์ หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีระบบการจัดการความรู้ โดยประเมินตามระดับความสำเร็จของกรอบเกณฑ์การประเมิน ปี 2560			
เกณฑ์เป้าหมาย				
ปี 2560		ปี 2561	ปี 2562	ปี 2564
1 เรื่อง		2เรื่อง	3 เรื่อง	4เรื่อง
5เรื่อง				
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี มีการจัดการความรู้อย่างเป็นรูปธรรม			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงาน / web site http://www.ubonhealthnews.com			
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี			
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน			
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x 100			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4 (เดือนกันยายน)			
เกณฑ์การประเมิน				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- มีการวางแผนการจัดการความรู้		- มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการ	- มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน	- มีการเผยแพร่องค์ความรู้ http://www.kmmoph.co

- มีแผนปฏิบัติการประจำปี - มีแผนงบประมาณ - จัดทำรายละเอียด KPI	โครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ - รูปภาพกิจกรรม	- มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	m /www.ubonhealthnews.com - มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ - มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปีอย่างน้อย 1 เรื่อง

ปี 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้ Website http://www.kmmoph.com / -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปีอย่างน้อย 2 เรื่อง

ปี 2562 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี -มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน -มีสรุปประเมินผลแต่ละกิจกรรม	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้ Website http://www.kmmoph.com / -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงานการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงานประจำปีอย่างน้อย 3 เรื่อง

ปี 2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
-มีการวางแผนการจัดการความรู้ -มีแผนปฏิบัติการประจำปี	-มีการดำเนินการตามแผนปฏิบัติการโครงการ/กิจกรรม -จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	-มีการควบคุมกำกับ ติดตามงาน -มีเอกสารติดตามผลการดำเนินงาน	-มีการเผยแพร่องค์ความรู้ Website http://www.kmmoph.com / -มีการประเมินผลและสรุปผลการดำเนินงาน

-มีแผนงบประมาณ -จัดทำรายละเอียด KPI	เรียนรู้ -รูปภาพกิจกรรม	-มีสรุปประเมินผล แต่ละกิจกรรม	ดำเนินการจัดการความรู้ -มีรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีอย่างน้อย 4 เรื่อง		
ปี 2564 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
- มีการวางแผน การจัดการความรู้ - มีแผนปฏิบัติการ ประจำปี - มีแผนงบประมาณ - จัดทำรายละเอียด KPI	- มีการดำเนินการ ตามแผนปฏิบัติการ โครงการ/กิจกรรม - จัดเวทีแลกเปลี่ยน เรียนรู้ - รูปภาพกิจกรรม	- มีการควบคุม กำกับ ติดตามงาน - มีเอกสารติดตาม ผลการดำเนินงาน - มีสรุปประเมินผล แต่ละกิจกรรม	- มีการเผยแพร่องค์ความรู้ Website http://www.kmmoph.com / - มีการประเมินผลและสรุปผล การดำเนินการจัดการความรู้ - มีรายงานผลการดำเนินงาน ประจำปีอย่างน้อย 5 เรื่อง		
วิธีการประเมินผล :	เอกสารรายงาน และ http://kmmoph.com/ www.ubonhealthnews.com				
เอกสารสนับสนุน :	เอกสารคู่มือการประเมินผลการจัดการความรู้ กระทรวงสาธารณสุขระดับกรม เขตสุขภาพและจังหวัด				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	ร้อยละหน่วยงานมี ระบบ Knowledge Management ผ่าน เกณฑ์การประเมิน	ระดับ	-	-	-
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. ดร.อรุณ บุญสร้าง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 089-6304943 โทรสาร : 045-261864 E-mail : boonsrang.arun@gmail.com 2. นายวิษณุ สุขศร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 081-5478735 โทรสาร : 045-261864 E-mail : sm12_pop@hotmail.com				

	3. นางสาวนิรมล กมุทชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 094-4955849 โทรสาร : 045-261864 E-mail : Nirumon7@gmail.com
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. ดร.อรุณ บุญสร้าง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 089-6304943 โทรสาร : 045-261864 E-mail : boonsrang.arun@gmail.com 2. นายวิษณุ สุภาศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 081-5478735 โทรสาร : 045-261864 E-mail : sm12_pop@hotmail.com 3. นางสาวนิรมล กมุทชาติ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-261864 โทรศัพท์มือถือ : 094-4955849 โทรสาร : 045-261864 E-mail : Nirumon7@gmail.com

เป้าประสงค์ที่ G13	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีคุณภาพ
ตัวชี้วัด 174 (PA ตร. R39)	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย 1. คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตาย เป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ฯลฯ ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้ - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99) - injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9). 2. คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึง คุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค มีความถูกต้องครบถ้วน ในเกณฑ์ความเชื่อมโยง และเกณฑ์คุณภาพ ดังนี้ 2.1 เกณฑ์ความเชื่อมโยง 2.1.1 หน่วยบริการทุกระดับ ในจังหวัดอุบลราชธานี มีการติดตั้ง UBON System และส่งข้อมูลให้คลังข้อมูลระดับจังหวัด ทุกวันที่มีการให้บริการ 2.2 เกณฑ์คุณภาพ 2.2.1 ไม่พบข้อมูลการให้บริการในผู้เสียชีวิตแล้ว 2.2.2 หน่วยบริการในจังหวัด ไม่มีประชากรที่มี Type area 1 , 3 ซ้ำซ้อน 2.2.3 ความครอบคลุมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 2.2.4 การบันทึกการวินิจฉัยโรค (ICD10) มีคุณภาพ 2.2.5 โรงพยาบาลชุมชน มีการบันทึกข้อมูลและมีการปรับปรุงข้อมูลการให้บริการ

เกณฑ์เป้าหมาย คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย มีการลงสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ - หน่วยบริการทุกระดับ มีการติดตั้ง UBON System และส่งข้อมูลให้คลังข้อมูลระดับจังหวัด ทุกวันที่มีการให้บริการไม่น้อยกว่า 95% - หน่วยบริการ มีข้อมูลการให้บริการในผู้เสียชีวิตแล้ว ไม่น้อยกว่า 0.01 % - หน่วยบริการในจังหวัด มีประชากรที่มี Typearea 1 , 3 ซ้ำซ้อน ไม่น้อยกว่า 2% - ความครอบคลุมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำแนกตามประเภทวัคซีน ไม่น้อยกว่า 90 % - การบันทึกการวินิจฉัยโรค (ICD10) มีคุณภาพ มากกว่า 80% - จำนวนการคลอดในฐานข้อมูล 43 แฟ้มของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับระบบแจ้งเกิด Online แตกต่างกันน้อยกว่า 2%	
วัตถุประสงค์	- เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข - เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพในสถานพยาบาล
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	- สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย และจากแฟ้ม Death - การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ - การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ A2 : จำนวนหน่วยบริการที่มีการส่งฐานข้อมูลเข้าคลังข้อมูลระดับจังหวัดทุกวัน A3 : จำนวนบริการในผู้เสียชีวิต ในแฟ้ม service ของปีงบประมาณนั้น A4 : จำนวนประชากร Type area 1,3 ที่พบความซ้ำซ้อนของหน่วยบริการ A5 : จำนวนบริการและความครอบคลุมการให้วัคซีนจำแนกประเภท (แฟ้ม EPI) ทั้งหมด A6 : จำนวนรายการที่มีการให้รหัสวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้องและรหัสด้วยคุณภาพ (IPD,OPD) A7 : จำนวนการคลอดในฐานข้อมูล 43 แฟ้มของโรงพยาบาล

รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนข้อมูลที่บ้านที่ก่สาเหตุการตายทั้งหมด B2 : จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการส่งข้อมูลเข้าคลังข้อมูลระดับจังหวัด B3 : จำนวนบริการทั้งหมด (แพ้ม Service) B4 : จำนวนประชากร Type area 1,3 ทั้งหมดของหน่วยบริการ B5 : จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับวัคซีน ในช่วงระยะเวลาที่ประเมิน B6 : จำนวนการให้รหัสวินิจฉัยโรคทั้งหมด ราย Service (IPD , OPD) B7 : จำนวนการเกิด จากฐานข้อมูลรับรองการเกิด Online																																																
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. สาเหตุการตาย =(A1/B1) x 100 2. การติดตั้ง UBON System =(A2/B2) x 100 3. การให้บริการในผู้เสียชีวิตแล้ว =(A3/B3) x 100 4. มีประชากรที่มี Typearea 1 , 3 ซ้ำซ้อน =(A4/B4) x 100 5. ความครอบคลุมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค =(A5/B5) x 100 6. การบันทึกการวินิจฉัยโรค (ICD10) มีคุณภาพ =(A6/B6) x 100 7. จำนวนการคลอดในฐานข้อมูล 43 แพ้มของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับระบบแจ้งเกิด Online =(A7/B7) x 100																																																
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน																																																
เกณฑ์การประเมินRanking :																																																	
<table><tr><td></td><td>1 คะแนน</td><td>2 คะแนน</td><td>3 คะแนน</td><td>4 คะแนน</td><td>5 คะแนน</td></tr><tr><td>C1</td><td>>40</td><td>35.01-40.0</td><td>30.01-35.0</td><td>25.01-30.0</td><td>≤25</td></tr><tr><td>C2</td><td><80</td><td>80.0-84.9</td><td>85.0-89.9</td><td>90.0-94.9</td><td>≥95</td></tr><tr><td>C3</td><td>>0.04</td><td>0.031-0.04</td><td>0.021-0.03</td><td>0.01-0.02</td><td><0.01</td></tr><tr><td>C4</td><td>>8</td><td>6.01-8.0</td><td>4.01-6.0</td><td>2.01-4.0</td><td><2</td></tr><tr><td>C5</td><td>≤60</td><td>60.0-69.9</td><td>70.0-79.9</td><td>80.0-89.9</td><td>≥90</td></tr><tr><td>C6</td><td>≤ 50</td><td>50.01-60</td><td>60.01-70</td><td>70.01-80</td><td>>80</td></tr><tr><td>C7</td><td>>8</td><td>6.01-8.0</td><td>4.01-6.0</td><td>2.01-4.0</td><td><2</td></tr></table>			1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	C1	>40	35.01-40.0	30.01-35.0	25.01-30.0	≤25	C2	<80	80.0-84.9	85.0-89.9	90.0-94.9	≥95	C3	>0.04	0.031-0.04	0.021-0.03	0.01-0.02	<0.01	C4	>8	6.01-8.0	4.01-6.0	2.01-4.0	<2	C5	≤60	60.0-69.9	70.0-79.9	80.0-89.9	≥90	C6	≤ 50	50.01-60	60.01-70	70.01-80	>80	C7	>8	6.01-8.0	4.01-6.0	2.01-4.0	<2
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน																																												
C1	>40	35.01-40.0	30.01-35.0	25.01-30.0	≤25																																												
C2	<80	80.0-84.9	85.0-89.9	90.0-94.9	≥95																																												
C3	>0.04	0.031-0.04	0.021-0.03	0.01-0.02	<0.01																																												
C4	>8	6.01-8.0	4.01-6.0	2.01-4.0	<2																																												
C5	≤60	60.0-69.9	70.0-79.9	80.0-89.9	≥90																																												
C6	≤ 50	50.01-60	60.01-70	70.01-80	>80																																												
C7	>8	6.01-8.0	4.01-6.0	2.01-4.0	<2																																												
นำค่าคะแนนที่ได้แต่ละข้อ มาบวกกัน จากนั้น คิดอัตราให้เป็นร้อยละ																																																	

คำเป้าหมาย :	ตัวชี้วัด	2560	2561	2562	2563	2564
	- ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40	≥ 45
	- ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ	≥ 80	≥ 90	≥ 95	≥ 95	≥ 95
วิธีการประเมินผล :	1.สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูล 43 แพ้ม (แพ้ม Death) 2.ข้อมูลบริการสุขภาพ : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคตามคู่มือมาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559					
เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 (http://thcc.or.th/ebook.html) 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล (http://thcc.or.th/ebook.html) 3. คู่มือการสรุปสาเหตุการตาย และการรับรองสาเหตุการตาย					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางหรรษา ชื่นชูผล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางหรรษา ชื่นชูผล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ					

เป้าประสงค์ที่ G13	ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมีคุณภาพ
ตัวชี้วัด 175	ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย
คำนิยาม	คุณภาพข้อมูล ประกอบด้วย คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย หมายถึง ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined) ของจังหวัดไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด ข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ หมายถึง การเขียนรูปแบบการตาย เป็นสาเหตุการตาย และการระบุสาเหตุไม่ชัดเจน เช่น หัวใจล้มเหลว หายใจล้มเหลว ฯลฯ ประกอบด้วย รหัสโรคดังต่อไปนี้ - symptoms, signs and ill-defined conditions (ICD10 codes R00-R99)

	- injuries undetermined whether intentional or unintentional (ICD10Code Y10-Y34, Y87.2) - ill-defined cancers (ICD10Code C80, and C97) - ill-defined cardiovascular diseases (ICD10Code I47.2, I49.0, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9 and I70.9). คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ หมายถึงคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรค มีความถูกต้องครบถ้วน ในเกณฑ์ความเชื่อมโยง และเกณฑ์คุณภาพ ดังนี้ 1.1 เกณฑ์ความเชื่อมโยง 2.1.1 หน่วยบริการทุกระดับ ในจังหวัดอุบลราชธานี มีการติดตั้ง UBON System และส่งข้อมูลให้คลังข้อมูลระดับจังหวัด ทุกวันที่มีการให้บริการ 1.2 เกณฑ์คุณภาพ 1.2.1 ไม่พบข้อมูลการให้บริการในผู้เสียชีวิตแล้ว 1.2.2 หน่วยบริการในจังหวัด ไม่มีประชากรที่มี Type area 1 , 3 ซ้ำซ้อน 1.2.3 ความครอบคลุมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค 1.2.4 การบันทึกการวินิจฉัยโรค (ICD10) มีคุณภาพ 1.2.5 โรงพยาบาลชุมชน มีการบันทึกข้อมูลและมีการปรับปรุงข้อมูลการให้บริการ
เกณฑ์เป้าหมาย	1) คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย มีการลงสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ (Ill Defined)ไม่เกินร้อยละ 25 ของการตายทั้งหมด 2) คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ 2.1 หน่วยบริการทุกระดับ มีการติดตั้ง UBON System และส่งข้อมูลให้คลังข้อมูลระดับจังหวัด ทุกวันที่มีการให้บริการไม่น้อยกว่า 95% 2.2 หน่วยบริการ มีข้อมูลการให้บริการในผู้เสียชีวิตแล้ว น้อยกว่า 0.01 % 2.3 หน่วยบริการในจังหวัด มีประชากรที่มี Typearea 1 , 3 ซ้ำซ้อน น้อยกว่า 2% 2.4 ความครอบคลุมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค จำแนกตามประเภทวัคซีน ไม่น้อยกว่า 90% 2.5 การบันทึกการวินิจฉัยโรค (ICD10) มีคุณภาพ มากกว่า 80% 2.6 จำนวนการคลอดในฐานข้อมูล 43 แฟ้มของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับระบบแจ้งเกิด Online แตกต่างกันน้อยกว่า 2%

วัตถุประสงค์	1) เพื่อพัฒนาคุณภาพข้อมูลสาเหตุการตายให้สอดคล้องตามมาตรฐานขององค์การอนามัยโลก สำหรับใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพและประกอบการจัดทำนโยบายด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข 2) เพื่อปรับปรุงคุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพในสถานพยาบาล
ประชากร/กลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการภายใต้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.สาเหตุการตาย อ้างอิงจากฐานมรณะบัตร กระทรวงมหาดไทย และจากแฟ้ม Death 2.การบันทึกข้อมูลการให้บริการของหน่วยบริการในโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ 3.การบันทึกข้อมูลประวัติการให้บริการในเวชระเบียนของผู้ป่วย
แหล่งข้อมูล	Data Center สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนข้อมูลสาเหตุการตายที่ไม่ทราบสาเหตุ A2 : จำนวนหน่วยบริการที่มีการส่งฐานข้อมูลเข้าคลังข้อมูลระดับจังหวัดทุกวัน A3 : จำนวนบริการในผู้เสียชีวิต ในแฟ้ม service ของปีงบประมาณนั้น A4 : จำนวนประชากร Type area 1,3 ที่พบความซ้ำซ้อนของหน่วยบริการ A5 : จำนวนบริการและความครอบคลุมการให้วัคซีนจำแนกประเภท (แฟ้ม EPI) ทั้งหมด A6 : จำนวนรายการที่มีการให้รหัสวินิจฉัยโรคที่ไม่ถูกต้องและรหัสด้อยคุณภาพ (IPD,OPD) A7 : จำนวนการคลอดในฐานข้อมูล 43 แฟ้มของโรงพยาบาล
รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนข้อมูลที่บันทึกสาเหตุการตายทั้งหมด B2 : จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี ที่มีการส่งข้อมูลเข้าคลังข้อมูลระดับจังหวัด B3 : จำนวนบริการทั้งหมด (แฟ้ม Service) B4 : จำนวนประชากร Type area 1,3 ทั้งหมดของหน่วยบริการ B5 : จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ควรได้รับวัคซีน ในช่วงระยะเวลาที่ประเมิน B6 : จำนวนการให้รหัสวินิจฉัยโรคทั้งหมด ราย Service (IPD , OPD) B7 : จำนวนการเกิด จากฐานข้อมูลรับรองการเกิด Online
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. สาเหตุการตาย $= (A1/B1) \times 100$ 2. การติดตั้ง UBON System $= (A2/B2) \times 100$

	3. การให้บริการในผู้เสียชีวิตแล้ว $= (A3/B3) \times 100$ 4. มีประชากรที่มี Typearea 1 , 3 ซ้ำซ้อน $= (A4/B4) \times 100$ 5. ความครอบคลุมการให้บริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค $= (A5/B5) \times 100$ 6. การบันทึกการวินิจฉัยโรค (ICD10) มีคุณภาพ $= (A6/B6) \times 100$ 7. จำนวนการคลอดในฐานข้อมูล 43 แห่งของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับระบบแจ้งเกิด Online $= (A7/B7) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน					
เกณฑ์การประเมิน :						
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
C1	>40	35.01-40.0	30.01-35.0	25.01-30.0	≤ 25	
C2	<80	80.0-84.9	85.0-89.9	90.0-94.9	≥ 95	
C3	>0.04	0.031-0.04	0.021-0.03	0.01-0.02	<0.01	
C4	>8	6.01-8.0	4.01-6.0	2.01-4.0	<2	
C5	≤ 60	60.0-69.9	70.0-79.9	80.0-89.9	≥ 90	
C6	≤ 50	50.01-60	60.01-70	70.01-80	>80	
C7	>8	6.01-8.0	4.01-6.0	2.01-4.0	<2	
นำค่าคะแนนที่ได้แต่ละข้อ มาบวกกัน จากนั้น คิดอัตราให้เป็นร้อยละ						
คำเป้าหมาย :	ตัวชี้วัด	2560	2561	2562	2563	2564
	- ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลสาเหตุการตาย	≥ 25	≥ 30	≥ 35	≥ 40	≥ 45
	- ร้อยละของหน่วยบริการ ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพข้อมูลบริการสุขภาพ	≥ 80	≥ 90	≥ 95	≥ 95	≥ 95
วิธีการประเมินผล :	1.สาเหตุการตาย : ประเมินจากสาเหตุการตายตามฐานข้อมูล 43 แห่ง (เพิ่ม Death) 2.ข้อมูลบริการสุขภาพ : ประเมินจากคุณภาพข้อมูลเวชระเบียนและการวินิจฉัยโรคตามคู่มือมาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559					

เอกสารสนับสนุน :	1. มาตรฐานการเก็บรวบรวมและบันทึกข้อมูลในสถานพยาบาล พ.ศ. 2559 (http://thcc.or.th/ebook.html) 2. คู่มือการตรวจสอบและควบคุมคุณภาพข้อมูล (http://thcc.or.th/ebook.html) 3. คู่มือการสุบส้าเหตุการณ์ตาย และการรับรองสาเหตุการณ์ตาย
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางหรรษา ชื่นชูผล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หน่วยงานประมวผลและจัดทำข้อมูล	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางหรรษา ชื่นชูผล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

เป้าประสงค์ที่ G14	มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ				
ตัวชี้วัด 176	จังหวัดมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน				
คำนิยาม	จังหวัดมีการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อมอย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน หมายถึง จังหวัดมีระบบและกลไกเพื่อจัดการปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพใน 6 ประเด็น ดังนี้ 1. มีการพัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานการณ์ และการเฝ้าระวังด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพ 2. มีกลไกการจัดการปัจจัยเสี่ยงจากมลพิษสิ่งแวดล้อมโดยผ่านอนุกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (อสจ.) 3. มีระบบและกลไกสนับสนุนการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพ.ร้อยละ 100 รพ.สต. ร้อยละ 10) 4. มีการส่งเสริมให้ท้องถิ่นมีการจัดบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน 5. จังหวัดมีการดำเนินงานเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดตำบลที่มีชุมชนจัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Active Communities) 6. มีการส่งเสริมการจัดบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ได้มาตรฐาน				
เกณฑ์เป้าหมาย	ผ่านเกณฑ์ระดับดีขึ้น (มากกว่า 300 คะแนน)				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ประเมินงานระดับจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				
รายการข้อมูลที่ 1	ผลคะแนนจากการประเมิน				
รายการข้อมูลที่ 2	-				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส 4				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด คะแนน	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
			N/A	330	350

เกณฑ์การประเมิน 2560-2562				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
มีแผนปฏิบัติการ ด้าน สิ่งแวดล้อมเพื่อลด ปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ	มีการประเมินตนเอง ตามเกณฑ์ที่กำหนด	มีการดำเนินการเพื่อ ลดปัจจัยเสี่ยง ครอบคลุมทั้ง 6 ประเด็น	จังหวัดมีการจัดการปัจจัย เสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม อย่างบูรณาการ มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน	
เกณฑ์การประเมิน 2563-2564				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
มีแผนปฏิบัติการ เพื่อ สนับสนุนให้เกิดตำบลที่ มีชุมชนจัดการด้าน สิ่งแวดล้อม (Active Communities)	จังหวัดมีการดำเนินงาน เพื่อส่งเสริม สนับสนุน ให้เกิดตำบลที่มีชุมชน จัดการด้านสิ่งแวดล้อม (Active Communities)	จังหวัดสนับสนุนให้ ตำบลมีนวัตกรรม ชุมชนจัดการด้าน สิ่งแวดล้อม	จังหวัดมีตำบลจัดการด้าน สิ่งแวดล้อม (Active Communities) และมี นวัตกรรมชุมชนจัดการ ด้านสิ่งแวดล้อม	
เงื่อนไขความสำเร็จ-				
วิธีการประเมินผล	1. การประเมินตนเองของจังหวัด 2. รับการประเมินจากศูนย์อนามัย			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นายพีรวัส สุขเลิศ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 0994684235			
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย			
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสนธยา การเกษ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ			

เป้าประสงค์ที่ G14	มีสิ่งแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ				
ตัวชี้วัด I 77 (R40)	ร้อยละของโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN& CLEAN ระดับพื้นฐาน				
คำนิยาม	โรงพยาบาลพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN& CLEAN หมายถึง มีกระบวนการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การประกาศนโยบายการพัฒนา ด้าน สิ่งแวดล้อม เช่น 5 ส. การประหยัดพลังงาน การจัดการขยะ ฯ โดยมีประเด็นการพัฒนา คือ การจัดการขยะทุกประเภท การพัฒนาห้องน้ำให้สะอาด การประหยัดพลังงาน การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสุขภาพบุคลากรอาหาร ตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	2560	2561	2562	2563	2564
	75	80	85	90	95
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัด กระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินGreen & Clean และการสุ่มประเมิน				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย				
รายการข้อมูลที่ 1	A : จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป				
รายการข้อมูลที่ 2	B : จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B*100				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 6 เดือน 12 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		คะแนน	N/A	N/A	N/A
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 มีการพัฒนาส่วนในอาคารผู้ป่วยในให้ได้มาตรฐาน HAS					
ข้อที่ 12 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกต้องลักษณะ					
ระดับดีมากคือ มีการพัฒนาระดับดี และมีการพัฒนากิจกรรมเพิ่มเติม 2 ข้อ คือ					
ข้อที่ 13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาล เครือข่ายชุมชน					
ข้อที่ 14 มีการสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community					
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการประกาศนโยบายการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น 5ส. การประหยัดพลังงาน การจัดการขยะ มีแผนพัฒนา GREEN& CLEAN Hospitalมีการประเมินตนเอง		มีการดำเนินงานตามแผนผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีการรายงานผลการดำเนินงาน		พัฒนากิจกรรมต่อเนื่องผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีการรายงานผลการดำเนินงาน	พัฒนากิจกรรมต่อเนื่องผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีการรายงานผลการดำเนินงาน
เงื่อนไขความสำเร็จ					
วิธีการประเมินผล (Ranking) ขั้นตอนละ 1 คะแนน	ขั้นตอน	กิจกรรมการดำเนินงาน			
	1	มีการประกาศนโยบาย การพัฒนาด้าน สิ่งแวดล้อม เช่น 5ส. การประหยัดพลังงาน การจัดการขยะ			
	2	มีแผนพัฒนา GREEN& CLEAN Hospitalและมีผลการประเมินตนเอง			
	3	ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน			
	4	ผ่านเกณฑ์ระดับดี			
	5	ผ่านเกณฑ์ระดับดีมาก			
เอกสารสนับสนุน		-			
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นายสุรทิน หมีนอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 0862549462			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย			
ผู้รายงานผลงาน		นายสุรทิน หมีนอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ			

เกณฑ์การประเมิน GREEN and CLEAN

โรงพยาบาล..... วันที่ประเมิน.....

รายการประเมิน		ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
ระดับพื้นฐาน การดำเนินการตามขั้นตอน (1 - 10)				
ขั้นตอนที่ 1 การสร้างกระบวนการพัฒนา				
1. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนาศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN&CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร				1. มีการกำหนดนโยบาย ระบุเรื่อง.....(ขยะ ห้องน้ำ พลังงาน HWP ส.อาหาร) 2. มีผู้รับผิดชอบ ด้าน ENV 3. มีแผนด้าน สวล. ระบุ โครงการ/กิจกรรม 4. มีการประชุมการสื่อสาร
ขั้นตอนที่ 2 จัดกิจกรรม GREEN				
G : GARBAGE	2. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมาย กฎกระทรวงว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545			ผ่านเกณฑ์การประเมินขยะ ติดเชื้อ 7 หมวด รพ.สต. 3 หมวด
	3. มีการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป คือ มูลฝอยรีไซเคิล มูลฝอยอินทรีย์ มูลฝอยอื่นๆ ไปยังที่พักรวมมูล ฝอยอย่างถูกสุขลักษณะ			มีกิจกรรมดำเนินการ
R : RESTROOM	4. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมมาตรฐานสะอาด เพียงพอ และปลอดภัย ที่อาคารผู้ป่วยนอก			ผ่านเกณฑ์การประเมิน HAS
E : ENERGY	5. มีมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นรูปธรรม เกิด การปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้ง องค์กร			มีนโยบาย ระบุ... มีการบันทึกโปรแกรม Carbon footprint บันทึก โปรแกรมประหยัด พลังงาน
E : ENVIRONM ENT	6. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและ ภายนอกอาคาร โดยเพิ่มพื้นที่สีเขียว และพื้นที่ พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับ ชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้ มาใช้บริการ			ผ่านเกณฑ์ HWP ระดับ ดี มาก /สภาพข้อเท็จจริง
	7. มีการส่งเสริมกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี แบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ขณะรอรับบริการของผู้ป่วยและญาติ			มีกิจกรรม ระบุ...

รายการประเมิน		ผ่าน	ไม่ผ่าน	หมายเหตุ
N : NUTRITION	8. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย ในระดับพื้นฐาน			ประเมินมาตรฐาน 30 ข้อ
	9. ร้อยละ 80 ของร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย			ตามแบบประเมิน 15 ข้อ CFGT
	10. จัดให้มีบริการน้ำดื่มสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน			มีกิจกรรมและ การเฝ้าระวัง
ระดับดี ผ่านระดับพื้นฐาน และดำเนินการตามขั้นตอน 11 - 12				
	11. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่อาคารผู้ป่วยในให้ได้มาตรฐาน สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย			ผ่านเกณฑ์การประเมิน HAS
	12. มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกสุขลักษณะ			ต่อยอดจากข้อ 2-3 ไป จนถึงการกำจัด
ระดับดีมาก ผ่านระดับดี และดำเนินการตามขั้นตอน 13 - 14				
	13. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย โรงพยาบาล และชุมชน			ระบุ....
	14. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชน เพื่อให้เกิด GREEN Community			ระบุ....

ลงชื่อ.....ผู้ประเมิน

เป้าประสงค์ที่ G14	สิ่งแวดล้อมที่ดีและเอื้อต่อการให้บริการสุขภาพ				
ตัวชี้วัด 178	ร้อยละของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผ่านเกณฑ์ GREEN&CLEAN ระดับพื้นฐาน				
คำนิยาม	รพ.สต. พัฒนานาмаัยสิ่งแวดล้อมตามเกณฑ์ GREEN& CLEAN หมายถึง มีกระบวนการพัฒนานาмаัยสิ่งแวดล้อมของ รพ.สต.ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีแบบองค์รวมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้รับบริการ ญาติ รวมถึงบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. กระบวนการพัฒนาประกอบด้วย การประกาศนโยบายการพัฒนาด้านสิ่งแวดล้อม เช่น 5ส. การประหยัดพลังงาน การจัดการขยะ ฯ โดยมีประเด็นการพัฒนา คือ การจัดการขยะทุกประเภท การพัฒนาห้องน้ำให้สะอาด การประหยัดพลังงาน การพัฒนาสิ่งแวดล้อม การพัฒนาสุขภาพิบาลอาหาร ตามเกณฑ์มาตรฐานที่เกี่ยวข้อง				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 10				
	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
	ร้อยละ 10	ร้อยละ20	ร้อยละ30	ร้อยละ40	ร้อยละ50
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพ.สต. ทุกแห่ง สสช.ทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินGREEN& CLEAN และการสุ่มประเมิน				
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนาмаัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนาмаัย				
รายการข้อมูลที่ 1	A :จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐานขึ้นไป				
รายการข้อมูลที่ 2	B :จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B*100				
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมิน 6 เดือน 12 เดือน				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		คะแนน	N/A	N/A	N/A
เกณฑ์การประเมิน					
ระดับพื้นฐาน คือ 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 มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมในอาคาร ให้ได้มาตรฐาน HAS ข้อที่ 12 มีการจัดการมูลฝอยครบทุกประเภทถูกต้องลักษณะ ระดับดีมาก คือ มีการพัฒนาระดับดี และมีการพัฒนากิจกรรมเพิ่มเติม 2 ข้อ คือ ข้อที่ 13 มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยการนำไปใช้ประโยชน์ และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่าย รพ.สต. เครือข่ายชุมชน ข้อที่ 14 มีการสร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการประกาศนโยบาย การพัฒนาด้าน สิ่งแวดล้อม เช่น 5 ส. การประหยัดพลังงาน การจัดการขยะ มีแผนพัฒนา GREEN & CLEAN Hospital มีการประเมินตนเอง	มีการดำเนินงานตามแผน ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีการรายงานผลการดำเนินงาน	พัฒนากิจกรรมต่อเนื่อง ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีการรายงานผลการดำเนินงาน	พัฒนากิจกรรมต่อเนื่อง ผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน มีการรายงานผลการดำเนินงาน
เงื่อนไขความสำเร็จ			
วิธีการประเมินผล	รายงานการประเมินตนเอง สุ่มประเมิน 6 เดือน		
เอกสารสนับสนุน	-		
ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นายสุรทิน หมีนอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 0862549462		
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย		
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายสุรทิน หมีนอินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ		

เป้าประสงค์ที่ G15	มีระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ				
ตัวชี้วัด I 79	ร้อยละของอำเภอมีระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ				
คำนิยาม	ระบบส่งต่อ หมายถึง ระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศตามเกณฑ์คุณภาพการส่งต่อระหว่างประเทศโดยสถานบริการสาธารณสุขภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขมีระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศครอบคลุมในประเด็นหลักการพัฒนา ดังนี้ 1.พัฒนาภายใต้กรอบการลงนามความร่วมมือระหว่างประเทศ ว่าด้วยเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ (MOU) 2. มีคู่มือ/แนวทาง และแบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ 3. มีศูนย์ประสานการติดตาม ประเมินผล และการส่งกลับผู้ป่วย 4. มีระบบการประกันและพัฒนาคุณภาพ (Quality Assurance & Quality Improvement) การปฏิบัติการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล ตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยตามคู่มือการประเมินผลการส่งต่อผู้ป่วย 5.มีการสรุปรายงานการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ รายเดือน รายไตรมาส				
เกณฑ์เป้าหมายโรงพยาบาลทุกแห่ง ในทุกอำเภอที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข มีการพัฒนาระบบส่งต่อกับภาคีเครือข่ายระบบการส่งต่อระหว่างประเทศ					
ปีงบประมาณ 60		ปีงบประมาณ 61		ปีงบประมาณ 62	
ปีงบประมาณ 63		ปีงบประมาณ 64			
ทุกแห่ง		ทุกแห่ง		ทุกแห่ง	
วัตถุประสงค์		เพื่อพัฒนาระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ และเกิดความเชื่อมโยงภาคีระบบส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		โรงพยาบาลทุกแห่งภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุบลราชธานี			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		ระบบรายงาน			
แหล่งข้อมูล		1.รายงานระบบส่งต่อในและระหว่างประเทศ 2.ศูนย์ประสานงานการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ ในโรงพยาบาลทุกแห่งภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข			
รายการข้อมูล 1		A= จำนวนโรงพยาบาลที่สามารถพัฒนาระบบส่งต่อได้ตามนิยาม			
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด			

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A x 100 B		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน, 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมินผล :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาาระบบส่งต่อ ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบส่งต่อ ต่อผู้ป่วยระหว่าง ประเทศ ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างประเทศ ร้อยละ80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบส่งต่อ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาาระบบส่งต่อ ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างประเทศ ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างประเทศ ร้อยละ80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบส่งต่อ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย
ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาาระบบส่งต่อ ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างประเทศ ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างประเทศ ร้อยละ80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบส่งต่อ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย

ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาาระบบส่งต่อ ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างประเทศ ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างประเทศ ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบส่งต่อ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย
เกณฑ์การให้คะแนน	-		
วิธีการประเมินผล:	1. การรายงานผลการดำเนินงานรายเดือน, รายไตรมาส, รายปี 2. จากผลการนิเทศผสมผสานจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน:	1. แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข 2. เอกสารการลงนาม MOU ระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับแขวงจำปาสัก 3. คู่มือ/แนวทาง/แบบฟอร์มการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ 4. รายงานการรับและส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ 5. ศูนย์ประสานการติดตาม ประเมินผล และการส่งกลับผู้ป่วย		
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสาน งานตัวชี้วัด	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี		
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี		
ผู้รายงานผลการดำเนิน	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี		

เป้าประสงค์ที่ G15	มีระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ																		
ตัวชี้วัด I 80	ร้อยละของอำเภอมีระบบข้อมูลข่าวสารระหว่างประเทศครบถ้วน สมบูรณ์																		
คำนิยาม	ระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ให้บริการแก่แรงงานต่างชาติดังต่อไปนี้ มีระบบการจัดเก็บข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ครบถ้วน สมบูรณ์ ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค และทุกระบบ ครบถ้วน สมบูรณ์ หมายถึงข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข มีความถูกต้อง ครบถ้วน และรายงานทันตามเวลาที่กำหนด ครอบคลุมในประเด็นหลัก ดังนี้ 1. กรอบการลงนามความร่วมมือระหว่างประเทศ ว่าด้วยเรื่องการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข (MOU) 2. มีคู่มือ/แนวทาง การจัดเก็บข้อมูล 3. มีการจัดตั้ง/การดำเนินงานศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข 4. มีการจัดเก็บข้อมูลครอบคลุมทุกระบบ ทุกกลุ่มโรค ข้อมูลการรับ/ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ รวมทั้งกลุ่มและรายโรค ตามกรอบ MBDS 5. มี website และ/หรือการ update ข้อมูลบน website ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศ 6. มีการรายงานข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ตามกรอบ MBDS รายเดือน และรายไตรมาส																		
เกณฑ์เป้าหมายโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุบลราชธานี มีการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข ระหว่างประเทศ <table><tr><td>ปีงบประมาณ</td><td>ปีงบประมาณ</td><td>ปีงบประมาณ</td><td>ปีงบประมาณ</td><td>ปีงบประมาณ</td></tr><tr><td>2560</td><td>2561</td><td>2562</td><td>2563</td><td>2564</td></tr><tr><td>ทุกแห่ง</td><td>ทุกแห่ง</td><td>ทุกแห่ง</td><td>ทุกแห่ง</td><td>ทุกแห่ง</td></tr></table>					ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	2560	2561	2562	2563	2564	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ															
2560	2561	2562	2563	2564															
ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง															
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข ระหว่างประเทศ																		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่งภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุบลราชธานี																		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	ระบบรายงาน																		

แหล่งข้อมูล	1.จาก 43 แฟ้ม, HDC 2.ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลทุกแห่งภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโรงพยาบาล ที่มีระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุขได้ตามนิยาม		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน, 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมินผล :			
ปี 2560 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
กำหนดเป้าหมายการพัฒนา ระบบข้อมูล ข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารด้านสาธารณสุข ร้อยละ 100 ของกลุ่ม เป้าหมาย
ปี 2561 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนา ระบบข้อมูล ข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารด้านสาธารณสุข ร้อยละ 100 ของกลุ่ม เป้าหมาย

ปี 2562 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารด้านสาธารณสุข ร้อยละ 100 ของกลุ่ม เป้าหมาย
ปี 2563 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 100 ของกลุ่ม เป้าหมาย
ปี 2564 :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบ ข้อมูลข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบข้อมูล ข่าวสารด้าน สาธารณสุข ร้อยละ 100 ของกลุ่ม เป้าหมาย
วิธีการประเมินผล:	1. การรายงานผลการดำเนินงานรายเดือน, รายไตรมาส, รายปี 2. จากผลการนิเทศผสมผสานจังหวัด		
เอกสารสนับสนุน:	1. แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข 2. คู่มือ/แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข 3. มีข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ กิจกรรมบริการ โรคที่รับบริการ ยืนยัน กับข้อมูลจาก 43 แฟ้ม, HDC และ Google Drive 4. ข้อมูลบุคคลต่างด้าว		

	5.ICHC website 6. เอกสารการรายงานการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ , MBDS report
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสาน งานตัวชี้วัด	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนิน	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่ G15	มีระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ
ตัวชี้วัด I 81	ระดับจังหวัดและอำเภอคู่ขนานมีระบบการทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ครบถ้วน สมบูรณ์
คำนิยาม	สถานการณ์ปัจจุบันด้านการการทำงานระหว่างประเทศ พบว่า เจ้าหน้าที่ขาดทักษะ ขาดความรู้ในการประสานงานระหว่างประเทศ (รพ.สิรินธร) ขาดการประชาสัมพันธ์การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างชาติดังพื้นที่ตาม แนวชายแดน และการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างชาติยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ (แหล่งข้อมูล :รพร.เดชอุดม) ระบบการทำงานระหว่างประเทศ หมายถึงระบบการทำงานที่เอื้อต่อ ผลสำเร็จในการดำเนินงานระหว่างประเทศ ประกอบด้วย 1. แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข 2. แผนนโยบายการทำงานร่วมกับกระทรวง กรม และระดับจังหวัดชัดเจน 3. มีเอกสารการลงนามMOUระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับจังหวัด คู่ขนาน ของประเทศเพื่อนบ้าน 4. มี คู่มือ/แนวทางการดำเนินงานระหว่างประเทศ 5. มีศูนย์ประสานงาน ระหว่างประเทศ ด้านสาธารณสุข 6. มีระบบการประสานที่เป็นระบบชัดเจน

เกณฑ์เป้าหมาย				
โรงพยาบาลทุกแห่ง ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุบลราชธานี มีการพัฒนาระบบการทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ				
ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
2560	2561	2562	2563	2564
ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง
วัตถุประสงค์		เพื่อพัฒนาระบบการทำงานงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		โรงพยาบาลทุกแห่งภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		ระบบรายงาน		
แหล่งข้อมูล		1.จาก 43 แพ้ม, HDC 2.ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลทุกแห่งภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1		A= จำนวนโรงพยาบาล ที่สามารถพัฒนาระบบการทำงานสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ตามนิยาม		
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		$\frac{A \times 100}{B}$		
ระยะเวลาประเมินผล		ทุก 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน, 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมินผล :				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบการทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบการทำงานสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่ม เป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบการทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการพัฒนา ระบบการทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย	

วิธีการประเมินผล:	1. การรายงานผลการดำเนินงานรายเดือน, รายไตรมาส, รายปี 2. จากผลการนิเทศผสมผสานจังหวัด
เอกสารสนับสนุน:	1. แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข 2. MOU ระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับประเทศเพื่อนบ้าน 3. คู่มือ/แนวทางการทำงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ 4. ข้อมูลภาคีเครือข่าย 5. รูปแบบการติดต่อประสานงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสาน งานตัวชี้วัด	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศ ด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนิน	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี

เป้าประสงค์ที่ G15	มีระบบงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ
ตัวชี้วัด I 82	ร้อยละของอำเภอชายแดนมีเครือข่ายเฝ้าระวังโรค พาหะนำโรค ผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ ชาวต่างชาติ ตามเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	ระบบการทำงานระหว่างประเทศ หมายถึง ระบบการทำงานที่เอื้อต่อ ผลสำเร็จในการดำเนินงานระหว่างประเทศ ประกอบด้วย 1. แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข 2. แผนนโยบายการทำงานร่วมกับกระทรวง กรม และระดับจังหวัดชัดเจน 3. มีเอกสารการลงนามMOU ระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับจังหวัดคู่ขนาน ของประเทศเพื่อนบ้าน 4. มี คู่มือ/แนวทางการดำเนินงานระหว่างประเทศ 5. มีศูนย์ประสานงาน ระหว่างประเทศ ด้านสาธารณสุข 6. มีระบบการประสานที่เป็นระบบชัดเจน

เกณฑ์เป้าหมายโรงพยาบาลทุกแห่ง ที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุบลราชธานี มีการพัฒนาระบบการทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ				
ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง
วัตถุประสงค์		เพื่อพัฒนาระบบการการทำงานงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย		โรงพยาบาลทุกแห่งภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุบลราชธานี		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล		ระบบรายงาน		
แหล่งข้อมูล		1.จาก 43 แพ้ม, HDC 2.ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลทุกแห่งภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข		
รายการข้อมูล 1		A= จำนวนโรงพยาบาล ที่สามารถพัฒนาระบบการทำงานสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ตามนิยาม		
รายการข้อมูล 2		B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด		$\frac{A}{B} \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล		ทุก 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน, 12 เดือน		
เกณฑ์การประเมินผล :				
ปี 2560 :				
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบการ ทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบ การทำงาน สาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่ม เป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบ การทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบการทำงาน สาธารณสุข ระหว่าง ประเทศ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย	

๒ 2561 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบการ ทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบ การทำงาน สาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่ม เป้าหมาย	มีผลกาพัฒนาระบบ การทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบการทำงาน สาธารณสุข ระหว่าง ประเทศ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย

၂ ၂၅၆၂ :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบการ ทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบการ ทำงานสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่ม เป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบ การทำงาน สาธารณสุข ระหว่าง ประเทศ ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบการทำงาน สาธารณสุข ระหว่าง ประเทศ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย

2563 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบการ ทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศร้อยละ80	มีการพัฒนาระบบการ ทำงานสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่ม เป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบ การทำงาน สาธารณสุข ระหว่าง ประเทศ ร้อยละ80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบการทำงาน สาธารณสุข ระหว่าง ประเทศ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย

2564 :

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการกำหนดเป้าหมาย การพัฒนาระบบการ ทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80	มีการพัฒนาระบบการ ทำงานสาธารณสุข ร้อยละ 50 ของกลุ่ม เป้าหมาย	มีผลการพัฒนาระบบ การทำงานสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ร้อยละ 80 ของกลุ่มเป้าหมาย	มีผลการดำเนินงานการ พัฒนาระบบการทำงาน สาธารณสุข ระหว่าง ประเทศ ร้อยละ 100 ของกลุ่มเป้าหมาย

วิธีการประเมินผล:	1. การรายงานผลการดำเนินงานรายเดือน, รายไตรมาส, รายปี 2. จากผลการนิเทศผสมผสานจังหวัด
เอกสารสนับสนุน:	1. แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข 2. MOU ระหว่างจังหวัดอุบลราชธานีกับประเทศเพื่อนบ้าน 3. คู่มือ/แนวทางการทำงานสาธารณสุขระหว่างประเทศ 4. ข้อมูลภาคีเครือข่าย 5. รูปแบบการติดต่อประสานงาน
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการดำเนิน	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม(นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ) ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี

คำอธิบายนิยาม
ตัวชี้วัด Ranking เพิ่มเติม ปี 2560

ตัวชี้วัด Ranking เพิ่มเติม ปี 2560

ตัวชี้วัด R 41	ร้อยละทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม					
คำนิยาม	ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หมายถึง จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม					
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564	
	ไม่เกิน ร้อยละ 9	ไม่เกิน ร้อยละ 8.5	ไม่เกิน ร้อยละ 8	ไม่เกิน ร้อยละ 7.5	ไม่เกิน ร้อยละ 7	
วัตถุประสงค์	1. พัฒนาระบบบริการคลินิกฝากครรภ์คุณภาพ ของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับให้ได้มาตรฐาน 2. เฝ้าระวัง คัดกรอง ค้นหา ความเสี่ยงต่อการคลอดบุตรน้ำหนักน้อยกว่า 2500 กรัม, ในหญิงตั้งครรภ์อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดทั้งจัดระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงได้อย่างเหมาะสม มีคุณภาพ					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทารกแรกเกิดมีชีพ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการทุกระดับ					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพ ที่มีน้ำหนักแรกเกิด น้อยกว่า 2,500 กรัม ในช่วงเวลาที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนทารกแรกเกิดมีชีพทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน					
วิธีการประเมินผล :	สรุปข้อมูลจาก HDC เปรียบเทียบเกณฑ์การประเมิน / เกณฑ์เป้าหมาย					
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือแนวทางการดูแลป้องกันทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ เขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	น้อยกว่าร้อยละ7	ร้อยละ	9.5	9.39	9.42
	ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี				
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking					
	ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด			
	1 คะแนน	มากกว่า ร้อยละ 8.5			
	2 คะแนน	ร้อยละ 8 – 8.5			
	3 คะแนน	ร้อยละ 7.5 – 8			
	4 คะแนน	ร้อยละ 7 – 7.5			
	5 คะแนน	น้อยกว่าร้อยละ 7			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692				

ตัวชี้วัด R 42	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์				
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ น้อยกว่า 12 สัปดาห์ หรือ เท่ากับ 12 สัปดาห์ ณ สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงเวลาที่กำหนด หญิงคลอด หมายถึง จำนวนหญิงที่มาคลอดทุกคน ณ สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงเวลาที่กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ 2560 □	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85
วัตถุประสงค์	การฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ สามารถป้องกันโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม เช่น ธาลัสซีเมีย ดาวน์ซินโดรม หรือป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก เป็นต้น เมื่อค้นพบความผิดปกติ สามารถให้การดูแลรักษาได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น ส่งผลให้เกิดความปลอดภัยทั้งมารดาและทารก				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการทุกระดับ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
วิธีการประเมินผล :	สรุปข้อมูลจาก HDC เปรียบเทียบเกณฑ์การประเมิน / เกณฑ์เป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือมาตรฐานการฝากครรภ์ กรมอนามัย				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	60	ร้อยละ	63.9	61.31	65.29
	ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี				
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	ค่าคะแนน	ความหมาย / เกณฑ์การวัด			
	1 คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60.00			
	2 คะแนน	ร้อยละ 60.00 – 65.00			
	3 คะแนน	ร้อยละ 65.1 – 70.00			
	4 คะแนน	ร้อยละ 70.1 – 75.00			
	5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 75.00			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-9655169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com				
	2. นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com				

ตัวชี้วัด R 43	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์คุณภาพ				
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจครรภ์ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการตรวจครรภ์ หรือดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ของการดูแลผู้ฝากครรภ์แนวใหม่ ในช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่ ครั้งที่ 1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 20 สัปดาห์ (บวก / ลบ ได้ 2 สัปดาห์) ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ (บวก / ลบ ได้ 2 สัปดาห์) ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (บวก / ลบ ได้ 2 สัปดาห์) ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (บวก / ลบ ได้ 2 สัปดาห์) หญิงคลอด หมายถึง จำนวนหญิงที่มาคลอดทุกคน ณ สถานบริการสาธารณสุข ในช่วงเวลาที่กำหนด				
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ
	2560	2561	2562	2563	2564
	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการงานอนามัยแม่และเด็กให้มีคุณภาพ เพราะการได้รับการตรวจครรภ์ครบตามเกณฑ์และครอบคลุม สามารถป้องกันและลดความเสี่ยงในขณะตั้งครรภ์ได้อย่างชัดเจน ส่งผลให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในสถานบริการสาธารณสุข ทุกคน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการทุกระดับ				
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 เพิ่ม				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ ดูแลก่อนคลอดครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ของการดูแลผู้ฝากครรภ์แนวใหม่ ในช่วงเวลาที่กำหนด (นับที่ห้องคลอด)				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงคลอดทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน				
วิธีการประเมินผล :	สรุปข้อมูลจาก HDC เปรียบเทียบเกณฑ์การประเมิน / เกณฑ์เป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือมาตรฐานการฝากครรภ์ กรมอนามัย				

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	60	ร้อยละ	73.79	78.62	75.97
	ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี				
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด			
	1 คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 60			
	2 คะแนน	ร้อยละ 60 – 65			
	3 คะแนน	ร้อยละ 65 – 70			
	4 คะแนน	ร้อยละ 70 – 75			
	5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 75			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-9655169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com				
	2. นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com				

ตัวชี้วัด R 44	อัตราการเยี่ยมหลังคลอดคุณภาพ (ร้อยละ 65)					
คำนิยาม	หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูก ได้รับการเยี่ยมดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม. ตามเกณฑ์ดังนี้ ครั้งที่ 1 คือ การเยี่ยมหลังคลอด ในสัปดาห์แรกอายุของบุตรไม่เกิน 7 วัน ครั้งที่ 2 คือ การเยี่ยมหลังคลอด ในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วัน ครั้งที่ 3 คือ การเยี่ยมหลังคลอด ตั้งแต่บุตรอายุ 16 วัน แต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด					
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	ปีงบประมาณ	
	2560	2561	2562	2563	2564	
	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80	
วัตถุประสงค์	เพื่อให้หญิงหลังคลอดได้รับการส่งเสริมสุขภาพและดูแลหลังคลอดตามมาตรฐาน สามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด และปฏิบัติตนในการเลี้ยงดูบุตรได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตและมีพัฒนาการสมวัย					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	มารดาหลังคลอดและลูก ที่อยู่ในสถานบริการสาธารณสุข ทุกคน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการทุกระดับ					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แห่ง					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนมารดาหลังคลอด ที่ได้รับดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ในช่วงเวลาที่กำหนด					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ในช่วงเวลาเดียวกัน					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A / B) \times 100$					
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน					
วิธีการประเมินผล :	สรุปข้อมูลจาก HDC เปรียบเทียบเกณฑ์การประเมิน / เกณฑ์เป้าหมาย					
เอกสารสนับสนุน :	แนวทางโรงเรียนพ่อแม่ในระยะหลังคลอด และการเยี่ยมบ้านหลังคลอด กรมอนามัย					

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
	65	ร้อยละ	49.83	77.12	74.9
	ที่มา : HDC จังหวัดอุบลราชธานี				
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	ค่าคะแนน	ความหมาย /เกณฑ์การวัด			
	1 คะแนน	ต่ำกว่าร้อยละ 65.00			
	2 คะแนน	ร้อยละ 65.10 – 70.00			
	3 คะแนน	ร้อยละ 70.10 – 75.00			
	4 คะแนน	ร้อยละ 75.10 – 80.00			
	5 คะแนน	มากกว่าร้อยละ 80.00			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-9655169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com 2. นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางทิพวรรณ โรจน์ศตพงศ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 089-6249475 โทรสาร : 045-241918 E-mail : rr.tippawon@gmail.com				

ตัวชี้วัด R 45 (ยกเลิก Ranking)		ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ (ร้อยละ 60) (ยกเลิกไม่เป็น Ranking)				
คำนิยาม		ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กทุกสังกัดที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ โดยมีกระบวนการจัดบริการที่ได้มาตรฐาน 6 ด้าน คือ 1. ด้านบุคลากรมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดี และมีความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก 2. ด้านการเจริญเติบโตสุขภาพช่องปาก และการจัดอาหาร 3. ด้านพัฒนาการ และการเรียนรู้ตามช่วงวัย 4. ด้านจัดสภาพแวดล้อมภายใน และภายนอก 5. ด้านการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ 6. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งบรรลุผลลัพธ์ 4 ข้อ คือ 1. เด็กมีพัฒนาการสมวัย ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 85 2. เด็กมีส่วนสูงระดับดี และรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 3. เด็กมีพื้มน้ำนมผุ ไม่เกิน ร้อยละ 55 4. ผลงานศูนย์เด็กเล็ก เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งต่อไปยังสถานบริการ เพื่อแก้ไขพัฒนาการ				
เกณฑ์เป้าหมาย						
ตัวชี้วัด		ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
1. ร้อยละศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพ		ร้อยละ 60	ร้อยละ 65	ร้อยละ 70	ร้อยละ 75	ร้อยละ 80
วัตถุประสงค์		1. เด็กได้รับการดูแลสุขภาพตนเองและดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี 2. เด็กได้เรียนรู้ตามช่วงวัย ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยแบบองค์รวม 3. ครู/ผู้ดูแลเด็กได้รับการฝึกอบรมเพิ่มพูนความรู้ และทักษะด้านต่างๆอย่างสม่ำเสมอ 4. ผู้ปกครองและชุมชนเข้าร่วมสนับสนุนกิจกรรมในรูปแบบต่างๆอย่างต่อเนื่อง 5. เพื่อเกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากร ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ ระหว่างศูนย์เด็กเล็ก ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาคีต่างๆ ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญของการพัฒนาศูนย์เด็กเล็ก				

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์เด็กเล็ก ทุกสังกัด		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) ประเมินมาตรฐานโดยทีมศูนย์อนามัยที่ 10/ทีมจังหวัด/ทีมอำเภอ 2) รายงานทุก 3 เดือน		
แหล่งข้อมูล	1) ทีมประเมินมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ในปี 2560		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนศูนย์เด็กเล็ก ทั้งหมด ในปี 2560		
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) × 100		
ระยะเวลา ประเมินผล	ทุก 3 เดือน ปีละ 4 ครั้ง คือ งวดที่ 1 เดือนธันวาคม งวดที่ 2 เดือนมีนาคม งวดที่ 3 เดือนมิถุนายน งวดที่ 4 เดือนกันยายน		
เกณฑ์การประเมิน :			
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
- ประกาศนโยบายมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ - สนับสนุนคู่มือเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ - ประชุมเชิงปฏิบัติการดำเนินงานคู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ - มีการสื่อสารความสำคัญของเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ	- ทุกอำเภอมีการถ่ายระดับเรื่องนโยบาย มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพให้หน่วยงานสาธารณสุขระดับตำบลรับทราบ - มีการสื่อสารความสำคัญของคู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพแก่ภาคีเครือข่ายและผู้ปกครอง - มีการประเมินศูนย์เด็กเล็กตามเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ทุก ๓ เดือน	- ระดับอำเภอมีการสร้างองค์กรส่งเสริมศูนย์เด็กเล็กคุณภาพอย่างน้อย ตำบลละ 1 แห่ง - มีการสื่อสารความสำคัญของเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพแก่ภาคีเครือข่ายและผู้ปกครอง - ติดตามประเมินศูนย์เด็กเล็กคุณภาพทุก 3 เดือน	- ร้อยละ 60 ของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking : (ยกเลิกไม่เป็น Ranking)	ค่าคะแนน	ความหมาย / ตัวชี้วัด			
	1	ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ น้อยกว่า ร้อยละ 45			
	2	ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ร้อยละ 45 - 50			
	3	ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ร้อยละ 51 - 55			
	4	ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ร้อยละ 56 - 60			
	5	ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ มากกว่า ร้อยละ 60			
วิธีการประเมินผล :	1.มีโครงการ/กิจกรรมที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมิน 2.สุ่มสำรวจในเรื่อง การรับทราบนโยบายของหน่วยงานและบุคลากรสาธารณสุข คู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก 1. ทีมประเมินมาตรฐานฯ ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ				
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก 2. โปรแกรมมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน					
	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
ศูนย์เด็กเล็ก คุณภาพ	จ.อุบลราชธานี	ร้อยละ	-	70.48	73.08
*ข้อมูลรายงานจากทีมประเมินมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ระดับจังหวัด ปี 2559					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	1. นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-9655169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_๖๙@hotmail.com				
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-9655169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com				
	2. นางเนติภรณ์ สีมาพันธ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 โทรศัพท์มือถือ : 081-7897362 โทรสาร : 045-241918 E-mail : nati.noi@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สนง.สสจ.อุบลราชธานี				

ตัวชี้วัด R 46	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง ร้อยละ 90
คำนิยาม	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง โรงเรียนที่มีความร่วมมือร่วมใจกันพัฒนาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการมีสุขภาพดีของทุกคนในโรงเรียน (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : 2545) องค์ประกอบของโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มี 10 ประการ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1. ด้านกระบวนการ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน หมายถึง การกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพที่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นตั้งใจของโรงเรียน ซึ่งส่งผลต่อกิจกรรมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน หมายถึง การกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพที่แสดงออกถึงความมุ่งมั่นตั้งใจของโรงเรียน ซึ่งส่งผลต่อกิจกรรมและการจัดสรรทรัพยากรเพื่อสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ 2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ องค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน หมายถึง โครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพและด้านสิ่งแวดล้อม ที่โรงเรียนและภาคีต่างๆ ในชุมชนดำเนินการร่วมกันตามขั้นตอนการมีส่วนร่วม องค์ประกอบที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ หมายถึง การจัดการ ควบคุม ดูแลปรับปรุงสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้ถูกสุขลักษณะ น่าอยู่ มีบรรยากาศที่ดี มีความปลอดภัยต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิตของนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน หมายถึง โรงเรียนจัดให้มีบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับนักเรียนทุกคน เพื่อเฝ้าระวังและค้นหาการผิดปกติหรือความบกพร่องด้านสุขภาพเบื้องต้น ทำให้ทราบภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป และเป็นการป้องกันมิให้เกิดความรุนแรงของโรค หรือเกิดความพิการในภายหลัง องค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน หมายถึง การที่โรงเรียนจัดกิจกรรมสุขศึกษาทั้งในหลักสูตรและกิจกรรมพัฒนาผู้เรียน เพื่อมุ่งให้นักเรียนเกิดการเรียนรู้ และมีการฝึกปฏิบัติที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย หมายถึง การส่งเสริมให้นักเรียนมีภาวะการเจริญเติบโตสมวัย โดยจัดอาหารที่มีคุณค่าต่อสุขภาพ สะอาด และปลอดภัยให้กับนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน

	องค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ หมายถึง การส่งเสริมให้นักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน มีการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยจัดสถานที่ อุปกรณ์ และจัดกิจกรรมในรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ประชาชน มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่โรงเรียนจัดขึ้นตามความเหมาะสม องค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การส่งเสริม สนับสนุน ช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาทางกาย จิตใจ และพฤติกรรมของนักเรียน โดยความร่วมมือของผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ ครู ผู้ปกครอง บุคลากรสาธารณสุขและชุมชน องค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน หมายถึง การส่งเสริมให้ครูและบุคลากรทุกคนในโรงเรียนสนใจดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่นักเรียน ผู้ปกครองและชุมชน การรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ➤ ระดับทอง ● ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 8 องค์ประกอบ โดยต้องผ่านตัวชี้วัดทุกตัว ● ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นดีใน 2 องค์ประกอบที่เหลือ เกณฑ์มาตรฐานการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ (รายละเอียดเกณฑ์การประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพอยู่ในคู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ.2558) องค์ประกอบที่ 1 นโยบายของโรงเรียน คะแนนเต็ม 55 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 41 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 36 – 40 คะแนน องค์ประกอบที่ 2 การบริหารจัดการในโรงเรียน คะแนนเต็ม 50 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 38 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 33 – 37 คะแนน

	องค์ประกอบที่ 3 โครงการร่วมระหว่างโรงเรียนและชุมชน คะแนนเต็ม 60 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 45 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 39 – 44 คะแนน องค์ประกอบที่ 4 การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อสุขภาพ คะแนนเต็ม 72 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 54 คะแนนขึ้นไป และผ่านมาตรฐานสุขภาพสิ่งแวดล้อมครบอย่างน้อย 30 ข้อ ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 47 – 53 คะแนน และผ่านมาตรฐานสุขภาพสิ่งแวดล้อมครบอย่างน้อย 30 ข้อ องค์ประกอบที่ 5 บริการอนามัยโรงเรียน โรงเรียนประถมศึกษา คะแนนเต็ม 80 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 60 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 52 – 59 คะแนน โรงเรียนมัธยมศึกษา คะแนนเต็ม 40 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 30 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 26 – 29 คะแนน องค์ประกอบที่ 6 สุขศึกษาในโรงเรียน โรงเรียนประถมศึกษา คะแนนเต็ม 54 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 40 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 35 – 39 คะแนน โรงเรียนมัธยมศึกษา คะแนนเต็ม 28 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 21 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 18 – 20 คะแนน องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย โรงเรียนประถมศึกษา คะแนนเต็ม 80 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 60 คะแนนขึ้นไป และผ่านมาตรฐานสุขภาพอาหารครบอย่างน้อย 15 ข้อ ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 52 – 59 คะแนน

	และผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารครบอย่างน้อย 15 ข้อ โรงเรียนมัธยมศึกษา คะแนนเต็ม 65 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 49 คะแนนขึ้นไป และผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารครบอย่างน้อย 15 ข้อ ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 42 – 48 คะแนน และผ่านมาตรฐานสุขาภิบาลอาหารครบอย่างน้อย 15 ข้อ องค์ประกอบที่ 8 การออกกำลังกาย กีฬาและนันทนาการ คะแนนเต็ม 45 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 33 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 29 – 32 คะแนน องค์ประกอบที่ 9 การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางสังคม คะแนนเต็ม 45 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 33 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 29 – 32 คะแนน องค์ประกอบที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพบุคลากรในโรงเรียน คะแนนเต็ม 40 คะแนน ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 30 คะแนนขึ้นไป ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดี 26 – 29 คะแนน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
ตัวชี้วัด	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน กรมอนามัย ระดับทอง	90%	92%	94%	96%	98%
วัตถุประสงค์	เพื่อให้เด็กวัยเรียนและเยาวชนไทย เก่ง ดี และมีความสุข				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงเรียนระดับประถมศึกษา หรือโรงเรียนระดับประถมศึกษาขยายโอกาส มัธยมศึกษาทุกสังกัด ในจังหวัดอุบลราชธานี				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
รายการข้อมูล 1	A1 = จำนวนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง				

รายการข้อมูล 2	B1 = จำนวนโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพในเขตรับผิดชอบทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง = (A1 / B1) × 100				
ระยะเวลาประเมินผล	สรุปผลการประเมิน ปีละ 2 ครั้ง คือ : ครั้งที่ 1 รอบ 6 เดือน ครั้งที่ 2 รอบ 12 เดือน				
เกณฑ์การประเมิน ปี 2560 :					
รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน		
ลงพื้นที่ประเมินรับรอง รอบที่ 1 (พ.ย.-ก.พ.)	85	ลงพื้นที่ประเมินรับรอง รอบที่ 2 (พ.ค.-ส.ค.)	90		
วิธีการประเมินผล :	การรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ➤ ระดับทอง - ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นดีมาก 8 องค์ประกอบ โดยต้องผ่านตัวชี้วัดทุกตัว - ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นดีใน 2 องค์ประกอบที่เหลือ				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ.2558				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :					
ตัวชี้วัด	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง	86.16	ร้อยละ	85.66	85.91	86.16
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	ค่าคะแนน	ความหมาย/ ตัวชี้วัด			
	1	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง น้อยกว่าร้อยละ 75			
	2	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง ร้อยละ 75 - 79.99			
	3	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง ร้อยละ 80 – 84.99			
	4	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง ร้อยละ 85 - 89.99			
	5	โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานกรมอนามัย ระดับทอง ร้อยละ 90 ขึ้นไป			

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด /ผู้รายงานผลงาน	1. นางพนภัส ประเสริฐไทยเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1030-1 โทรศัพท์มือถือ : 081-965-5169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com 2. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี ตำแหน่ง : พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : 081-790-2731 E-mail : srisukon_55@hotmail.com

ตัวชี้วัด R 47	ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี
คำนิยาม	ร้อยละของหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ต่อจำนวนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มารับบริการด้วยเรื่องการคลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการแท้งทุกประเภท
เกณฑ์เป้าหมาย	ไม่เกินร้อยละ 10 (ภายในปี 2560)
วัตถุประสงค์	เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการอันเนื่องมาจากสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการ คลอดทั้งการคลอดมีชีพ การคลอดไร้ชีพ และการแท้งทุกประเภท ในระหว่างปีที่ ทำการเก็บข้อมูล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บรวบรวมข้อมูล หญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการอันเนื่องมาจากสิ้นสุดการ ตั้งครรภ์ ด้วยเรื่องการคลอด และการแท้งในสถานบริการสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง และข้อมูลในระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้ - การตั้งครรภ์สิ้นสุดลง(คลอด/แท้งบุตร)ในช่วงเวลาที่กำหนด - อายุต่ำกว่า 20 ปี ณ วันที่การตั้งครรภ์สิ้นสุด $BDATE(LABOR) - BIRTH(PERSON) \text{ ปีเศษลง} < 20 \text{ ปี}$ - เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป $GRAVIDA(LABOR) \geq 2$ นับเป็นจำนวนผู้มารับบริการ (record ที่ CID + BDATE เข้าให้ตัดออก)
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มารับบริการด้วยการคลอด/แท้งบุตร จากแฟ้ม LABOR โดยมีเงื่อนไขดังต่อไปนี้

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทร 081-9655169 E-mail : pew_69@hotmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ห้องคลอดโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง และงานอนามัยวัยรุ่น สำนักงานสาธารณสุข อำเภอทุกอำเภอ
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผล การดำเนินงาน	นางสาวมะลิวรรณ มานะ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทร 087-9766485 E-mail : ma_marh@hotmail.com กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทร 045-262692 ต่อ 1130

ตัวชี้วัด R 48	ระดับความสำเร็จในการป้องกันการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี			
คำนิยาม	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี หมายถึง เด็กแรกเกิดถึงเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ หมายถึง การจมน้ำที่เกิดจากอุบัติเหตุ (ICD-10 = W65-W74) ยกเว้นที่เกิดจากการใช้ยานพาหนะ หรือการเดินทางทางน้ำ และภัยพิบัติ			
เกณฑ์เป้าหมาย : อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี (ต่อประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี แสนคน)				
ปี พ.ศ 2560	ปี พ.ศ 2561	ปี พ.ศ 2562	ปี พ.ศ 2563	ปี พ.ศ 2564
≤ 5.0 (ไม่เกิน 18 คน)	≤ 4.5 (ไม่เกิน 16 คน)	≤ 4.0 (ไม่เกิน 14 คน)	≤ 3.5 (ไม่เกิน 12 คน)	≤ 3.0 (ไม่เกิน 10 คน)
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กในจังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ป้องกันได้			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ในจังหวัดอุบลราชธานี (จำนวน 364,831 คน)			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. เอกสารสถิติการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 2. แบบรายงานการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำ/ตกน้ำ 3. แผนการดำเนินงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 4. เอกสารรายงานผลการปฏิบัติงานตามช่วงเวลาที่กำหนด 5. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงานการป้องกันการจมน้ำเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ระดับอำเภอ จากโรงพยาบาลทุกแห่ง			

แหล่งข้อมูล	1. รวบรวมข้อมูลการตายจากรายงานการสอบสวนจากการจมน้ำ/ตกน้ำ ระดับอำเภอ 2.ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม
รายการข้อมูล 1	A =จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่เสียชีวิตจากการจมน้ำของจังหวัดในปี 2560
รายการข้อมูล 2	B =จำนวนเด็กประชากรกลางปี ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ตัวชี้วัด (A/B) x 100,000
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 6 เดือน
วัดระดับความสำเร็จ ขั้นตอนที่ 1 มีสถานการณ์และข้อมูลการเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตทุกกลุ่มอายุในพื้นที่ย้อนหลัง 1 ปีทั้ง ปริมาณ และคุณภาพ ทราบข้อมูลพื้นที่เสี่ยง และมีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับภาคีในพื้นที่ และการใช้ประโยชน์ข้อมูล กรณีมี case เกิดขึ้น มีการสอบสวนและดำเนินการแก้ไขปัญหา มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ขั้นตอนที่ 2 มีคณะทำงานที่ชัดเจน มีการสนับสนุน/กระตุ้น/ร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ป้องกันเด็กจมน้ำ การสร้างการมีส่วนร่วมของโรงเรียน ท้องถิ่น ชุมชน ที่ชัดเจน ขั้นตอนที่ 3 จังหวัดอุบลราชธานี จัดเป็นเขตสีแดง หรือพื้นที่เสี่ยงมาก 25 อำเภอในจังหวัด ผ่านการประเมินการ ทีมผู้ก่อการดีป้องกันการจมน้ำระดับทองแดง (ครบทั้ง 6 องค์ประกอบ) ระดับจังหวัด อย่างน้อยอำเภอละ 1 ทีม ขั้นตอนที่ 4 ทีมผู้ก่อการดี มีการดำเนินงานตามกลไก ผู้ก่อการดี เป็นรูปธรรมและมีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เช่นมีการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยง มีการเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด มีกิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ ขั้นตอนที่ 5 อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ไม่เกิน5 ต่อประชากรแสนคน หรือ จำนวน การเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ลดลงร้อยละ20 หมายเหตุ เกณฑ์การประเมินผู้ก่อการดีการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (Merit Maker) ระดับทองแดง มีการดำเนินงานอย่างน้อย6 องค์ประกอบ (ยกเว้นองค์ประกอบที่1,2,8 และ 10) ระดับเงินและทอง มีการดำเนินงานครบ 10 องค์ประกอบ	
องค์ประกอบ	ตัวชี้วัด (ระดับทองแดง)
1. นโยบาย	- มีแผนงาน/โครงการ - ความต่อเนื่องในการดำเนินงานไม่น้อยกว่า 1 ปี - มีแผนงานปีต่อไป

2. การบริหารจัดการ	- การดำเนินงานในรูปแบบ สหสาขา - การร่วม sharing ทรัพยากรในพื้นที่ - การขยายการดำเนินงานและสร้างนวัตกรรม	
3. สถานการณ์และข้อมูล	- มีสถานการณ์และข้อมูลการเสียชีวิตและไม่เสียชีวิตทุกกลุ่มอายุในพื้นที่ย้อนหลัง 1 ปี ทั้งปริมาณและคุณภาพ และการใช้ประโยชน์ข้อมูล - กรณีมี case เกิดขึ้น มีการสอบสวนและดำเนินการแก้ไขปัญหา - จำนวนเด็กเสียชีวิต	
4. การจัดการแหล่งน้ำที่มีความเสี่ยง	- การสำรวจแหล่งน้ำเสี่ยง - มีการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ ครบทั้ง 2 ข้อ ได้แก่ 1) สร้างรั้ว และ/หรือติดป้ายคำเตือน 2) จัดให้มีอุปกรณ์สำหรับช่วยคนตกน้ำ	
5. การดำเนินการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก	มีการดำเนินงานใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนอย่างน้อย 1 แห่ง/ตำบล ดำเนินงานดังนี้ 1) สอนครูพี่เลี้ยงทุกคน 2) สอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง 3) จัดการสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์	
6. การให้ความรู้	ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในสถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนหรือในโรงเรียน จำนวนอย่างน้อย 3 แห่ง/อำเภอ จำนวน 1 ครั้งต่อ 1 เดือน ต่อ 1 แห่ง	
7. การเรียนการสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด	การสอนหลักสูตรว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด โดย 1) ให้มีวิทยากรในพื้นที่ ไม่น้อยกว่า 5 คน 2) ประชาชน/เด็กอายุ 8-14 ปี จำนวนไม่น้อยกว่า 100 คน	
8. การสอนฝึกการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR)	การสอนฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ให้แก่คนในชุมชน/เด็ก	
9. การสื่อสารประชาสัมพันธ์	- กิจกรรมรณรงค์ป้องกันเด็กจมน้ำ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ เช่น ทีวี วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ หอกระจายข่าว จัดนิทรรศการ ฯลฯ จำนวนอย่างน้อย ทุก 4 เดือน	
10. การศึกษาวิจัย หรือติดตามประเมินผล	ผลการศึกษาวิจัย หรือผลการติดตามประเมินผลในมาตรการที่ดำเนินงานในพื้นที่	

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	ค่าคะแนน		ความหมาย /เกณฑ์การวัด	
	1 คะแนน		มีการดำเนินงานตามกระบวนการทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง อย่างน้อย 1 ทีม (ดำเนินงานตามกระบวนการทีมผู้ก่อการดี อย่างน้อย 6 องค์ประกอบ)	
	2 คะแนน		ผ่านการประเมินทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง จำนวน 1 ทีม (6 องค์ประกอบ)	
	3 คะแนน		ผ่านการประเมินทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง จำนวน 3 ทีม ขึ้นไป (6 องค์ประกอบ)	
	4 คะแนน		-ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และมีการดำเนินงานตามกระบวนการทีมผู้ก่อการดี ครบทั้ง 10 องค์ประกอบ อย่างน้อย 1 ทีม	
	5 คะแนน		-ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง อย่างน้อย 1 ทีม ผ่านการประเมินระดับเงิน หรือระดับทอง ในระดับจังหวัด (มีอัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก ไม่เกิน 5.0 ต่อแสนประชากร)	
วิธีการประเมินผล :	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
	มีการสร้างทีมผู้ก่อการดี(ทีมใหม่) ดำเนินการป้องกัน การจมน้ำอย่างน้อย อำเภอละ 1ทีม -พื้นที่เสี่ยงทุกแห่ง -สมัครใจ	มีการดำเนินงาน ครบ ๖องค์ประกอบ และผ่านการประเมิน ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง ระดับจังหวัด อย่างน้อย อำเภอละ 1 ทีม	มีการดำเนินงาน ตามกลไก ผู้ก่อการดี เป็นรูปธรรมและมี ความต่อเนื่อง ในการดำเนินงาน	จำนวนการเสียชีวิต ของเด็กลดลง ตามเป้าหมาย
เอกสารสนับสนุน :	1. สถานการณ์การเสียชีวิตจากการจมน้ำแยกรายอำเภอ 2. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการจมน้ำในชุมชน 3. แนวทางการประเมินผู้ก่อการดี การดำเนินงานป้องกันการจมน้ำ (Merit Maker)			

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลพื้นฐาน	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในปีงบประมาณ			
			2556	2557	2558	2559
	จำนวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	คน	31	39	23	24
	อัตราการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	อัตราต่อประชากรแสนคน	8.2	10.17	6.3	6.57
	ทีมผู้ก่อการดี ระดับทองแดง	ร้อยละ 50 ของอำเภอทั้งหมด	-	-	18	39
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. ระดับโรงพยาบาล คือ ผู้รับผิดชอบงาน ระดับอำเภอทุกแห่ง 2. ระดับจังหวัด คือ นางฐานิญา นาจาน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย สำนักงาน โทร. 045-262692 ต่อ 2400 มือถือ โทร. 087-3770333 email : thaniyaa.emsubon@gmail.com					
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณภัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี					

ตัวชี้วัด R 49	ร้อยละของวัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์
คำนิยาม	มีวัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ หมายถึง มีการดำเนินงาน ตามองค์ประกอบ 5 ร. ดังนี้ 1. สะอาด ร่มรื่น 1.1 อาคารสถานที่ที่มีความสะอาดร่มรื่น 1.2 ห้องน้ำ ห้องส้วมมีความสะอาด เพียงพอและปลอดภัย 1.3 สุขาภิบาลอาหารและน้ำ 1.4 ขยะการจัดการน้ำเสียและเหตุรำคาญ 1.5 การควบคุมป้องกันโรค 1.6 อุบัติภัย 1.7 การควบคุมการบริโภคบุหรี่ยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

	2. สงบ ร่มเย็น 2.1 เทศน์สั่งสอนธรรมะและการให้คำปรึกษา 2.2 การจัดกิจกรรมและบรรยากาศให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ 3. สุขภาพ ร่วมสร้าง 3.1 การดูแลสุขภาพ 3.2 มีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมตามโภชนบัญญัติ 3.3 การดูแลด้านทันตกรรม 3.4 การออกกำลังกาย 3.5 ระบบดูแลและส่งต่อเมื่อเจ็บป่วย 4. ศิลปะ ร่วมจิต 4.1 ส่งเสริมการศึกษาศิลปะและสนับสนุนให้เป็นแหล่งศึกษาหาความรู้หรือเป็นแหล่งดูงาน 4.2 ประเพณีวัฒนธรรมภูมิปัญญา 4.3 การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม 5. ชาวประชา ร่วมพัฒนา 5.1 มีนโยบาย แผนงานและมีการดำเนินงานตามแผน หมายเหตุ: ผ่านเกณฑ์หมายถึงผ่านองค์ประกอบทุกข้อ			
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละวัดส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำวัด (อสว.) ผ่านเกณฑ์				
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 30	ร้อยละ 35	ร้อยละ 40	ร้อยละ 45	ร้อยละ 50
วัตถุประสงค์	1. เพื่อให้พระภิกษุ สามเณร แม่ชีและบุคลากรในวัดรวมถึงประชาชนทั่วไปที่เข้าร่วมกิจกรรมในวัด ได้ร่วมกันส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมหมอครอบครัว จากหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล และอาสาสมัครประจำวัด (อสว.) ให้บริการดูแลด้านสุขภาพภายในวัดและส่งต่อ 2. เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครประจำวัด (อสว.) ให้สามารถดูแลสุขภาพของพระภิกษุ สามเณรแม่ชีและบุคลากรในวัดรวมถึงประชาชนทั่วไปได้ในระดับเบื้องต้นซึ่งสามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐ และความแออัดในสถานพยาบาล 3. เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของวัดและชุมชนในการจัดการด้านสุขภาพ			

ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	1) พระภิกษุ สามเณร แม่ชีและบุคลากรในวัดรวมถึงประชาชนทั่วไปในจังหวัดอุบลราชธานี 2) ดำเนินการทุกอำเภอ ในจังหวัดอุบลราชธานี 3) วัดในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 1,711 วัด
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1) รายงานทางหนังสือราชการ หรือส่งข้อมูลผ่านผู้รับผิดชอบงาน กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 2) กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี รายงานตามระบบหนังสือราชการ ตามรอบรายงาน 6 เดือน 9 เดือน และ 12 เดือน 3) รายงานผ่านเว็บไซต์ รับ – ส่งงาน ส่งเสริมสุขภาพ สนง.สสจ. อุบลราชธานี
แหล่งข้อมูล	1) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/ โรงพยาบาลชุมชน 2) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนวัดส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนวัดทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สูตรการคำนวณ = $(A/B) \times 100$ A = จำนวนวัดส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านเกณฑ์ B = จำนวนวัดทั้งหมดในจังหวัดอุบลราชธานี
ระยะเวลา ประเมินผล	ร้อยละวัดส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำวัด (อสม.) ผ่านเกณฑ์ - ผ่านการประเมินและการอบรมระดับอำเภอ โดยจังหวัดร่วมเป็นวิทยากร - ผ่านการประเมินระดับจังหวัด

เกณฑ์การประเมิน :

ปี 2560 : ร้อยละวัดส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำวัด (อสม.) ผ่านเกณฑ์

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
15	20	25	30

มาตรการสำคัญที่ทำให้ตัวชี้วัดบรรลุผล :

1. มีกลไกที่เข้มแข็งภายในวัด
2. มีอาสาสมัครประจำวัด (อสม.) ที่ครอบคลุมและมีคุณภาพ
3. มีแผนการพัฒนาวัดใน 5 ร. อย่างต่อเนื่องยั่งยืนที่มีคุณภาพ และมีกลไกการเงินมาสนับสนุนอย่างเพียงพอ

Small Success :				
รอบ 3 เดือน		รอบ 6 เดือน		รอบ 9 เดือน
รอบ 12 เดือน				
1) มีคณะทำงาน/ คณะอนุกรรมการ และมี การประชุมพัฒนาวัดส่งเสริม สุขภาพ 2) ประชุมชี้แจงการ ดำเนินงานจากนโยบาย สู่การปฏิบัติร่วมกับภาคี เครือข่าย 3) โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ ชุมชนและสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอร่วมกับ เครือข่าย คัดเลือกพื้นที่ เป้าหมายการดำเนินงาน 4) โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ ชุมชนและสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอร่วมกับ เครือข่าย และ DHS ดำเนินการจัดอบรม การ พัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครประจำวัด (อสม.)		1)ประชุมพัฒนา ศักยภาพ บุคลากรในระดับอำเภอ และภาคีเครือข่าย 2) อบรมพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครประจำวัด (อสม.) 3) พัฒนาทีมประเมินวัด ส่งเสริมสุขภาพ 4) มีอาสาสมัครประจำ วัด (อสม.) ผ่านการอบรม เพียงพอทุกวัดที่เข้าร่วม โครงการ ร้อยละ 20 5) มีวัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 20 6) มีการประชุม คณะกรรมการ/ คณะทำงาน 7) มีการเยี่ยมเสริมพลัง วัดส่งเสริมสุขภาพยั่งยืน		1) มีระบบฐานข้อมูล การสื่อสารและ ประชาสัมพันธ์ 2) มีอาสาสมัครประจำ วัด (อสม.) ผ่านการ อบรม ร้อยละ 25 3) ทีมประเมินมีคุณภาพ 4) วัดได้รับการ ประเมินและจัดทำ แผนการพัฒนาในแต่ละ อำเภอ ร้อยละ 60 – 79 5) มีการประชุม คณะกรรมการ/ คณะทำงาน 6) มีการเยี่ยมเสริมพลัง 7) มีวัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 25
1) มีอาสาสมัครประจำ วัด (อสม.) ผ่านการ อบรมครบทุกวัด 2) มีอาสาสมัครประจำ วัด (อสม.) ผ่านการ อบรม ร้อยละ 30 3) วัดได้รับการ ประเมินและจัดทำ แผนการพัฒนาวัด ร้อยละ 80 – 100 4) มีการประชุม คณะกรรมการ/ คณะทำงาน 5) มีการเยี่ยมเสริมพลัง 6) มีวัดส่งเสริมสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 30				
วิธีการประเมินผล :		1) พื้นที่ประเมินตนเอง (self-Assessment) และรายงาน สสอ. 2) สสอ.ประเมิน และรายงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ประเมินและรายงานศูนย์อนามัย/ ส่วนกลาง		

เอกสารสนับสนุน :	1) คู่มือแนวทางการพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ 2) เกณฑ์การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ 3) คู่มือการบริหารขั้นต้นสำหรับพระภิกษุสงฆ์					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
				2557	2558	2559
	ร้อยละวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์		ร้อยละ	20.39	23.72	25.59
	ร้อยละอาสาสมัครประจำวัด (อสม.) ผ่านเกณฑ์		ร้อยละ	-	-	15.78
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking						
	ค่าคะแนน	ความหมาย/ ตัวชี้วัด				
	1	อำเภอมีวัดส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำวัด (อสม.) ผ่านเกณฑ์น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 15.00				
	2	อำเภอมีวัดส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำวัด (อสม.) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 15.01 – 19.99				
	3	อำเภอมีวัดส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำวัด (อสม.) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 20.00 – 24.99				
	4	อำเภอมีวัดส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำวัด (อสม.) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 25.00 – 29.99				
	5	อำเภอมีวัดส่งเสริมสุขภาพและอาสาสมัครประจำวัด (อสม.) ผ่านเกณฑ์มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 30.00				

ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1130-1 โทรศัพท์มือถือ : 081-965-5169 โทรสาร : 045-241918 E-mail : pew_69@hotmail.com 2. นายสิทธิศักดิ์ เฝ้าพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1130-1 โทรศัพท์มือถือ : 085-146-1978 โทรสาร : 045-241918 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสิทธิศักดิ์ เฝ้าพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 1130-1 โทรศัพท์มือถือ : 085-146-1978 โทรสาร : 045-241918 E-mail : g6.com.sittisak@gmail.com

ตัวชี้วัด R 50	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน/วัด/โรงเรียน ค่าดัชนีความชุกชุมลูกน้ำยุงลาย (ค่า HI และ CI) อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนด
คำนิยาม	1. House Index(ค่า HI) หมายถึง ร้อยละของจำนวนบ้านที่มีน้ำขัง และสำรวจพบลูกน้ำยุงลาย กล่าวคือ ค่าของการสำรวจหาลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขัง และพบลูกน้ำยุงลายในบ้านหลังนั้นๆ โดยวิธีใดก็ตาม ต่อบ้าน 100 หลังคาเรือน วิธีการสุ่มสำรวจหาค่า HI การสุ่มลูกน้ำยุงลาย จังหวัดสุ่มสำรวจ ร้อยละ 2 ของจำนวนหมู่บ้าน/ชุมชนทั้งหมด อำเภอ/ตำบล สุ่มสำรวจทุกหมู่บ้าน/ชุมชน และในระดับหมู่บ้านสำรวจทุกหลังคาเรือน สำหรับการสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในหมู่บ้าน/ชุมชน ต้องสุ่มสำรวจ ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 30 ของจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด หากมีจำนวนหลังคาเรือน ต่ำกว่า 70 หลังคาเรือน สำรวจ ร้อยละ 50 ของจำนวนหลังคาเรือน 2. Container Index (ค่า CI) หมายถึง ร้อยละของจำนวนภาชนะที่มีน้ำขัง และสำรวจพบลูกน้ำยุงลาย กล่าวคือ ค่าของการสำรวจหาลูกน้ำยุงลายในภาชนะที่มีน้ำขัง และพบลูกน้ำยุงลาย ในภาชนะนั้นๆ โดยวิธีใดก็ตาม ต่อบ้าน 100 ภาชนะ วิธีการสุ่มสำรวจหาค่า CI การสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย ในภาชนะที่มีน้ำขัง ในวัด โรงเรียน ฯลฯ ต้องสุ่มสำรวจไม่ต่ำกว่า 20 ภาชนะ หากมีน้อยกว่า 20 ภาชนะ ให้สำรวจทั้งหมด

	3. เกณฑ์ที่กำหนด หมายถึง สิ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจตัดสินตามหลักที่กำหนดไว้เพื่อใช้วินิจฉัยและ ปฏิบัติตาม ในที่นี้ คือ เกณฑ์ได้ถูกกำหนดโดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 4. ลูกน้ำยุงลาย หมายถึง วงจรชีวิตของยุงลาย ระยะที่เป็นตัวอ่อน และตัวโม่ง 5. การสำรวจลูกน้ำยุงลาย หมายถึง การตรวจ ติดตาม การเกิดลูกน้ำยุงลาย ในแหล่งต่างๆ 6. การสุ่มสำรวจลูกน้ำยุงลาย หมายถึง การเลือกสำรวจแหล่งที่พบลูกน้ำ เพื่อเป็นตัวแทนทั้งหมดโดยไม่เฉพาะเจาะจง				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	1. HI≤10 _ ≥80%	1. HI≤10 _ ≥80%	1. HI≤10 _ ≥80%	1. HI≤10 _ ≥80%	1. HI≤10 _ ≥80%
	2. CI=0 _ ≥80%	2. CI=0 _ ≥80%	2. CI=0 _ ≥80%	2. CI=0 _ ≥80%	2. CI=0 _ ≥80%
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินเป้าประสงค์การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก				
เป้าหมาย	ทุกหมู่บ้าน/ชุมชน,วัด,โรงเรียน				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สุ่มสำรวจลูกน้ำ				
แหล่งข้อมูล	1.รายงานการสุ่มสำรวจลูกน้ำ(DHF1, DHF3)				
รายการข้อมูล 1	1. ค่า HI 1. A1 = จำนวนบ้านที่พบลูกน้ำ 2. B1 = จำนวนบ้านที่สำรวจทั้งหมด				
รายการข้อมูล 2	2. ค่า CI 1. A2 = จำนวนภาชนะที่พบลูกน้ำ 2. B2 = จำนวนภาชนะที่สำรวจทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	1. (A1/B1) x 100 2. (A2/B2) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ละ 1 ครั้ง และเดือน ละ 1 ครั้ง ในช่วงระบาด (พค.-กย.)				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 : ค่า HI เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 10 ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80 : ค่า CI เท่ากับ 0 ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80					

วิธีการประเมินผล Ranking :	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน, วัด, โรงเรียน (ค่า HI ต่ำกว่า 10 และ ร้อยละของ ค่า CI เท่ากับ 0)				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	< 65%	65-69%	70-74%	75-79%	> 80%
เอกสารสนับสนุน :	แบบสำรวจลูกน้ำ(DHF1) และรายงานการสำรวจลูกน้ำ(DHF3)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด/ ผู้รายงาน	1. นายประทีป บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-9776334 2. นายวรเทพ บุรีสาร เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชำนาญาน กลุ่มงานควบคุมโรค โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-2826342				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ระดับจังหวัด/อำเภอ ปี 2560 : ค่า HI เท่ากับหรือน้อยกว่าร้อยละ 10 ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 : ค่า CI เท่ากับ 0 ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 80				

ตัวชี้วัด R 51	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน ที่สามารถควบคุมโรคไขเลือดออกได้ ไม่เกิน 2 รุ่น (28 วัน) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80
คำนิยาม	หมู่บ้าน/ชุมชนที่สามารถควบคุมโรคไขเลือดออกได้ หมายถึง 1. หมู่บ้านที่มีรายงานผู้ป่วยติดต่อกัน ไม่เกิน 2 รุ่นการระบาด (2 generation = 28 วัน นับจากวันเริ่มป่วยของผู้ป่วยรายแรกถึงผู้ป่วยรายสุดท้าย) 2. หมู่บ้านที่ไม่มีรายงานผู้ป่วย หมายเหตุ 1. ผู้ป่วยไขเลือดออก หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัย DF, DHF และ DSS ที่มีวันเริ่มป่วยระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2559 – 30 กันยายน 2560 2. หมู่บ้าน/ชุมชนที่อาณาเขตติดต่อกัน ให้นับเป็นพื้นที่เดียวกัน เงื่อนไขความสำเร็จ 1. อำเภอมีการพยากรณ์โรคล่วงหน้า พร้อมมาตรการเตรียมรับมือการระบาด ในปี 2560 2. มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรครายเดือนทั้งระดับอำเภอตำบล อำเภอ และหมู่บ้าน

	ตามหลักระบาดวิทยา และจัดทำ Epidemic curve รายหมู่บ้าน 3. มีการสอบสวนผู้ป่วยรายแรกของพื้นที่ และทำ Active case finding ย้อนหลัง 28 วันทุกเหตุการณ์ สอบสวนผู้ป่วยเสียชีวิตทุกราย สอบสวนการระบาดเป็นกลุ่มก้อน พร้อมเก็บตัวอย่างส่งตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ 4. จัดเตรียมหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคทั้งระดับอำเภอ ตำบล ให้พร้อม ทั้งเครื่องพ่นเคมี วัสดุ เคมีภัณฑ์ น้ำมัน และงบประมาณดำเนินงาน 5. มีการใช้นโยบาย 3-3-1 เพื่อรายงานโรค และมีการพันสารเคมีกำจัดยุงพาหะ และกำจัดลูกน้ำยุงลายในชุมชนเมื่อเกิดโรค ในวันที่ 0, 3, 7, 14, 21 และ ทุก 7 วัน จนการระบาดสิ้นสุด (ไม่พบผู้ป่วยต่อเนื่องเกิน 28 วัน) 6. ค่า HI และ CI เท่ากับ 0 หลังการควบคุมโรคทุกสัปดาห์ 7. ใช้มาตรการ 3 เก็บ 3 โรค ในการป้องกันควบคุมโรค 8. มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคร่วมกันระหว่างภาคเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ชุมชน และ หน่วยงานสาธารณสุข 9. มีการจัดตั้ง War room ระดับระดมทรัพยากรในการควบคุมโรค เมื่อเกิดการระบาดในพื้นที่

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
ร้อยละ 80	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90

วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินประสิทธิภาพของหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคในการควบคุมโรคไข้เลือดออก
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ข้อมูลหมู่บ้านและชุมชนตามทะเบียนราษฎร์ รายอำเภอ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากรายงาน 506 จากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน
แหล่งข้อมูล	1. ทะเบียนผู้ป่วยไข้เลือดออก จากโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน 2. รายงาน 506 3. รายงานการสอบสวนโรค เอกสารเผยแพร่ 4. หลักฐานอย่างอื่นที่เกี่ยวข้อง
รายการข้อมูล 1	A = หมู่บ้าน/ชุมชนที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้
รายการข้อมูล 2	B = หมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งหมดในอำเภอ

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชนที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้คือ $(A/B) \times 100$														
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์ข้อมูลรายไตรมาส และสรุปรวมทั้งปีงบประมาณ														
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 : ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน ที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 2 รุ่น (28 วัน) ไม่น้อยกว่า 80															
วิธีการประเมินผล Ranking :	เกณฑ์การให้คะแนน : ร้อยละของหมู่บ้าน/ชุมชน ที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 2 รุ่น (28 วัน) <table><tr><td>1 คะแนน</td><td>2 คะแนน</td><td>3 คะแนน</td><td>4 คะแนน</td><td>5 คะแนน</td></tr><tr><td>น้อยกว่า 20%</td><td>20 – 39%</td><td>40 – 59%</td><td>60 – 79%</td><td>80% ขึ้นไป</td></tr></table>					1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	น้อยกว่า 20%	20 – 39%	40 – 59%	60 – 79%	80% ขึ้นไป
1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน											
น้อยกว่า 20%	20 – 39%	40 – 59%	60 – 79%	80% ขึ้นไป											
เอกสารสนับสนุน :	1. สรุปผลการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงรายหมู่บ้าน 2. Epidemic curve รายหมู่บ้าน														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นายประทีป บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255713 โทรศัพท์มือถือ : 081-9776334 2. นายประพนธ์ บุญไชย งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255713 โทรศัพท์มือถือ : 094-2631616														
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ระดับอำเภอและตำบล : ประเมินผลจากหมู่บ้าน/ชุมชน ที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ไม่เกิน 2 รุ่น (28 วัน) ร้อยละ 80														
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	นายประพนธ์ บุญไชย งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255713 โทรศัพท์มือถือ : 094-2631616														

ตัวชี้วัด R 52	อัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 90				
คำนิยาม	การค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรคมาก่อนหรือผู้ป่วยที่เคยได้รับยาวัณโรคไม่เกิน 1 เดือนรวมถึง ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 93	ร้อยละ 93	ร้อยละ 95
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ให้เข้าสู่กระบวนการรักษา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ประชากรในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ทั้ง 7 กลุ่ม ที่ได้รับการคัดกรองแล้วมีอาการเข้าได้กับวัณโรค แล้วได้รับการตรวจและวินิจฉัยเป็นวัณโรค				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) 2. ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010)				
แหล่งข้อมูล	1. แบบคัดกรองวัณโรค 2. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) 3. TBCM 2010 และ TB DATA HUB				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียน รักษาของปีงบประมาณ 2560				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่คาดประมาณการจากอัตราความชุกของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภท (172 : 100,000)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ 3 และ ไตรมาสที่ 4				
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :					
	รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน	
ชี้แจงการดำเนินงาน	ร้อยละ 50	ร้อยละ 50	ร้อยละ 80	ร้อยละ 100	

วิธีการประเมินผล Ranking :	เกณฑ์การให้คะแนน : เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการค้นพบผู้ป่วยวัณโรครายใหม่				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	≤50%	60%	70%	80%	≥90%
เอกสารสนับสนุน :	1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. แบบฟอร์มการคัดกรองวัณโรค 3. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) 4. ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายประทีป บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-9776334 2. นางเจียรไน กิตติพิศคุณากร จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 061-9545416				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ระดับจังหวัด/อำเภอ : อัตราการค้นหผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ร้อยละ 90				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางเจียรไน กิตติพิศคุณากร จพ.สาธารณสุขชำนาญงาน กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 061-9545416				

ตัวชี้วัด R 53	อัตราการขาดยาวัณโรค				
คำนิยาม	การขาดยาวัณโรค หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาและไม่สามารถติดตามมาเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องได้เป็นระยะเวลามากกว่า 2 เดือน				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64
	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %	≤ 1 %
วัตถุประสงค์	เพื่อประสิทธิภาพของระบบการรักษา ซึ่งรวมถึงระบบที่ใช้รักษา เนื่องจากประเทศไทย(โดย NTP) มีนโยบายการใช้ระบบยาต้านรักษาผู้ป่วย ซึ่งเป็นระบบยาที่มีประสิทธิภาพสูงมาก ดังนั้น โดยเฉพาะกรณีอัตรารักษาหาย (Cure rate) ของผู้ป่วยวัณโรคใหม่ (new M+) ต้อง ≥ 87 % ซึ่งเป็นตัวเลขเป้าหมายของการดำเนินการควบคุมวัณโรค ในกรณีที่มีอัตราการสูญหาย (Default) สูง แสดงว่าการบริหารจัดการอาจมีปัญหา				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาในรายไตรมาสที่ประเมินของปีงบประมาณ 2560				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1.ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) 2.ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010)				
แหล่งข้อมูล	1.ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) 2.ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010)				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนรักษาในรายไตรมาสที่ประเมินของปีงบประมาณ 2560 ที่ไม่สามารถติดตามมาเพื่อรับการรักษอย่างต่อเนื่องได้ เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 2 เดือน				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยวัณโรคทุกกลุ่ม ที่ขึ้นทะเบียนรักษา ในรายไตรมาสที่ประเมินเดียวกันของปีงบประมาณ 2560				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B) x 100				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกไตรมาส				

เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560 :					
		รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
		$\leq 1 \%$	$\leq 1 \%$	$\leq 1 \%$	$\leq 1 \%$
วิธีการประเมินผล Ranking :		เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตราการขาดยาวัณโรคของผู้ป่วยวัณโรคทุกประเภทในรายไตรมาสที่ประเมิน			
		1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน
		$\leq 3\%$	2%	1%	0.5%
เอกสารสนับสนุน :		1. แนวทางการดำเนินงานวัณโรคแห่งชาติ 2. ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค (TB 03) 4. ระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือ โปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (Tuberculosis Case Management :TBCM 2010) หรือโปรแกรม TBCM online			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด		1. นายประทีป บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-9776334 2. นางเจียรไน กิตติพิศคุณากร จพ.สาธารณสุขชำนาญาน กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 061-9545416			
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล		ระดับจังหวัด/อำเภอ : อัตราการขาดยาวัณโรค $\leq 1 \%$			
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน		นางเจียรไน กิตติพิศคุณากร จพ.สาธารณสุขชำนาญาน กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 061-9545416			

ตัวชี้วัด R 54	ร้อยละผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส		
คำนิยาม	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยผ่านกระบวนการให้คำปรึกษาโดยสมัครใจ และได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าติดเชื้อเอชไอวีและมีผลเลือด positive ได้รับยาต้านไวรัส หมายถึง การได้รับยาที่ไปกีดการสร้างเชื้อเอชไอวี เมื่อเชื่อน้อย ก็ไป ทำลายเซลล์ภูมิคุ้มกันน้อยลง ภูมิคุ้มกันก็ไม่ป่วย ลดการแพร่ระบาดลง คนไทย ทุกคนทุกสิทธิ์สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ฟรี CD4 หมายถึง เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่ชื่อทีลิมโฟไซต์ ซึ่งเป็นเม็ดเลือดขาว ที่ทำหน้าที่คุ้มกันป้องกันและทำลายการติดเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมชนิดต่างๆ เซลล์เม็ดเลือดขาว ชนิดนี้ที่เยื่อหุ้มเซลล์จะมีส่วนประกอบที่เรียกว่าซีดี4 ซึ่งเป็นตำแหน่ง สำคัญที่จำเพาะต่อการเกาะตัว ของอนุภาคของไวรัสเอชไอวี ดังนั้นจึงอาจเรียก ทีลิมโฟไซต์ว่าเม็ดเลือดขาว ชนิด ซีดี4		
เกณฑ์เป้าหมาย :			
	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62
	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90
วัตถุประสงค์	เพื่อประเมินผลการรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์		
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กลุ่มเป้าหมาย คือผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ที่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม MAP ของปีงบประมาณ 2560		
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การจัดเก็บข้อมูล ดังนี้		
	1. รายงานผลการดำเนินงานจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ		
	2. บันทึกข้อมูลบริการผ่านระบบ NAP สปสช.ส่วนกลาง: ประมวลผล		
	3 จัดทำรายงาน		
	4 นำเสนอผ่านระบบบริการข้อมูลสารสนเทศ สปสช. ปีงบประมาณ 2559		
	(http://napdl.nhso.go.th/NAPDownload/)		
แหล่งข้อมูล	1. ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (NAP) ปีงบประมาณ 2559		
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้เริ่มรับยารายใหม่ (Naïve) ในปีงบประมาณที่ได้รับการตรวจ CD4 ขณะเริ่มรับยา และมีค่าผลตรวจ ทุกระดับ CD4		
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยและมีผลการตรวจเลือดpositive		

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/B) x 100 เงื่อนไขการคำนวณ กลุ่มเป้าหมายและช่วงระยะเวลาที่นำมาประเมิน คือ - จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้เริ่มรับยาารายใหม่ (Naïve) ในปีงบประมาณที่ได้รับการตรวจ CD4 ขณะเริ่มรับยา และมีค่าผลตรวจ ทุกระดับ CD4 - ผู้ที่ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและได้รับการวินิจฉัยว่ามีผลการตรวจเลือด positive ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560)				
ระยะเวลาประเมินผล	ผลการดำเนินงานรอบปีงบประมาณ ทุก 12 เดือน				
วิธีการประเมินผล Ranking :	ใช้อัตราผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัส แยกเป็นหน่วยบริการ ระดับอำเภอ เกณฑ์การให้คะแนนตามอัตรา ผู้ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัส แยกเป็น ระดับอำเภอ ที่ขึ้นทะเบียนในโปรแกรม NAP ในปีประเมินได้				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	<80%	>80- 84%	>85-89%	>90-94%	>95%
เอกสารสนับสนุน :	1. คู่มือบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติปีงบประมาณ 2559 2. ระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ(NAP)				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายประทีป บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-9776334 3. นางพรณิศา มูลประดับ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-5485833				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ระดับจังหวัด : ประเมินจากอัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส ที่ขึ้นทะเบียนรักษาใน โปรแกรม NAP ของปีงบประมาณ 2560 (ตั้งแต่ตุลาคม 2559 – กันยายน 2560) ในภาพของหน่วยงาน/หน่วยบริการภายในจังหวัด				
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	1. นางพรณิศา มูลประดับ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-5485833				

ตัวชี้วัด R 55	คุณภาพของรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (รง.506)										
คำนิยาม	1. ครอบคลุม หมายถึง										
	1.1 โรงพยาบาลทุกแห่ง ส่งข้อมูลรายงาน 506 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกสัปดาห์ โดยส่งเป็น Electronic file โดยมีเกณฑ์จำนวน Record ต่อสัปดาห์ ขั้นต่ำ รพศ. / รพท./ รพช. เป็น 50, 30 และ 5 ราย ตามลำดับ (เกณฑ์จากสำนัก ระบาดวิทยา)										
	1.2 รพ.สต./ ศสช. ส่งข้อมูลรายงาน 506 ให้ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ ส่งเป็น Electronic file โดยมีเกณฑ์จำนวน Record ต่อเดือนขั้นต่ำ 2 ราย (กรณีไม่พบ ผู้ป่วยในสัปดาห์นั้น ให้รายงานเป็น Zero report เป็นเอกสารต่อสาธารณสุขอำเภอ เกณฑ์มี Zero report ติดต่อกันไม่เกิน 3 สัปดาห์)										
	2. ความทันเวลา หมายถึง ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ รวบรวมรายงานจาก รพ. รพ.สต. และ ศสช. ส่งข้อมูลรายงาน 506 ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ได้แก่ วันจันทร์ – พุธ – ศุกร์ โดยให้ส่งเป็น Electronic file (เกณฑ์จากสำนักระบาดวิทยา ส่งข้อมูล รง 506 ถึง สสจ. ไม่เกิน 3 และ 5 วัน ตามลำดับ)										
	เงื่อนไขความสำเร็จ										
	1. มีการประชุมชี้แจงแนวปฏิบัติในการส่งรายงานแก่งาน ในอำเภอ ตำบล										
	2. ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ มีการรวบรวม ตรวจสอบ และแก้ไขความถูกต้อง ของข้อมูล รง 506 ทุกราย ก่อนส่งให้ สสจ. ในวันจันทร์ – พุธ – ศุกร์										
	3. จัดทำฐานข้อมูลโรคติดต่อที่สำคัญในพื้นที่อย่างน้อย 5 โรค 5 ปีย้อนหลัง และมีการตรวจจับการระบาดรายเดือนทุกโรค (เปรียบเทียบกับค่า Median)										
	4. มีการวิเคราะห์สถานการณ์โรครายเดือน และรายสัปดาห์กรณีที่เป็น โรคติดต่อที่มีความสำคัญสูง และนำเสนอแก่ผู้บริหารและเครือข่ายทุกระดับ										
เกณฑ์เป้าหมาย :											
	<table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ร้อยละ 80</td><td>ร้อยละ 85</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 90</td><td>ร้อยละ 95</td></tr></table>	ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64							
ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95							
	Baseline ปี 2559 : ร้อยละ 78.5										
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาให้มีประสิทธิภาพ										

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชนทุกแห่ง				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	เก็บข้อมูลจากทะเบียนรับส่ง รายงาน 506 ของงานระบาดวิทยา สสจ.อุบลราชธานี				
แหล่งข้อมูล	1. ทะเบียนรับส่งรายงาน 506 งานระบาดวิทยา สสจ.อุบลราชธานี 2. รายงาน 506 3. รายงาน E8				
รายการข้อมูล 1	A = ร้อยละความครอบคลุมของสถานบริการในการส่งรายงาน 506 = $\frac{\text{สถานบริการที่ส่งรายงาน 506 ได้ครอบคลุมตามเกณฑ์ครบ 52 สัปดาห์} \times 100}{\text{จำนวนสถานบริการทั้งหมดในอำเภอ}}$				
รายการข้อมูล 2	B = ร้อยละความทันเวลาของสถานบริการในการส่งรายงาน 506 = $\frac{\text{สถานบริการที่ส่งรายงาน 506 ได้ทันตามเวลาที่กำหนดครบ 52 สัปดาห์} \times 100}{\text{จำนวนสถานบริการทั้งหมดในอำเภอ}}$				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	ร้อยละคุณภาพของรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (รง.506) = (A+B)/2				
ระยะเวลาประเมินผล	วิเคราะห์ข้อมูลเดือน				
เกณฑ์การประเมิน :					
ปี 2560 : ร้อยละของคุณภาพของรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (รง.506) ไม่น้อยกว่า 80					
วิธีการประเมินผล	เกณฑ์การให้คะแนน :				
Ranking :	ร้อยละคุณภาพของรายงานเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา (รง.506)				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	น้อยกว่า 60%	60 – 69%	70 – 79%	80 – 89%	90% ขึ้นไป
เอกสารสนับสนุน :	1. ทะเบียนรับส่งรายงาน 506 งานระบาดวิทยา สสจ.อุบลราชธานี 2. ฐานข้อมูลรายงาน 506				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายประทีป บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255-713 โทรศัพท์มือถือ : 081-977-6334 2. ร.อ.หญิงนาฏวดี ประดิษฐ์กุล งานระบาดวิทยา กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-255-713 โทรศัพท์มือถือ : 091-018-8972				

หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ระดับจังหวัดและอำเภอ : ประเมินผลจากคุณภาพของรายงาน 506 ของโรงพยาบาล รพ.สต. และ ศสช.
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	ร.อ.หญิงนาฎวดี ประดิษฐ์กุล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตัวชี้วัด R 56	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ (OPV3) และวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ในเด็กอายุครบ 1 ปี				
นิยาม	ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนโปลิโอ (OPV3) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีน OPV3 จากเด็ก อายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนหัด คางทูม หัดเยอรมัน (MMR1) ในเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง ร้อยละของเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานที่ได้รับวัคซีน MMR1 จากเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน				
เกณฑ์เป้าหมาย	OPV3 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90				
	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
	90	90	90	90	90
	MMR1 ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95				
	ปีงบประมาณ 2560	ปีงบประมาณ 2561	ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2563	ปีงบประมาณ 2564
	95	95	95	95	95
วิธีการประเมินผล	เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน OPV3				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 100
	เกณฑ์การให้คะแนนร้อยละความครอบคลุมการได้รับวัคซีน MMR1				
	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90 - 94	95 - 100

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน (จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้มสถานะ การอยู่อาศัย type area = 1,3) โดยความหมายของเด็กอายุครบ 1 ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ซึ่งเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงาน งวดที่ 1 : ตุลาคม 2559 - ธันวาคม 2559 เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2558 - 31 ธันวาคม 2558
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน 43 แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล 43 แฟ้มกระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงาน ที่ได้รับวัคซีน OPV3 และ MMR1
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด ในงวดที่รายงาน จากแฟ้ม person ตามมาตรฐานโครงสร้าง 43 แฟ้ม (สถานะ การอยู่อาศัย type area = 1,3)
รายการข้อมูล 3	รหัสวัคซีนที่ใช้ประเมินผลคือรหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 083 หรือ D33 หรือ D43 หรือ D53 รหัสวัคซีนที่ใช้ประเมินผลคือรหัสวัคซีนที่อยู่ในแผนและนอกแผนงาน สร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ รหัสวัคซีน 061 หรือ M11
สูตรคำนวณ	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานงวด (ไตรมาส)
ระดับของข้อมูลรายงาน	ความครอบคลุมประเมินเป็นรายพื้นที่ (ตำบล/อำเภอ)
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล ระดับจังหวัด	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี
หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด/รายงาน	กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1. นายประทีป บุญธรรม หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 081-977-6334 2. นางสาวผ่องนภา พันธุ์พัฒน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานควบคุมโรคสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน : 045-262-692 ต่อ 3100 โทรศัพท์มือถือ : 097-342-0667

ตัวชี้วัด R 57	ร้อยละของโรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ระดับ 1 ทุกด้าน
คำนิยาม	การพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การประเมินระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในหน่วยบริการ ตามมาตรฐานระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในโรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กรมสุขภาพจิต โดยผลลัพธ์จากการประเมินจะทำให้หน่วยบริการสาธารณสุข นำไปจัดทำแผนพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของตนเองได้อย่างตรงเป้าหมาย เป้าหมายแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านบุคลากร 2. ด้านสถานที่บริการ 3. ด้านขีดความสามารถระบบบริการ 3.1 การตรวจวินิจฉัย 3.2 การให้การดูแลทางสังคมจิตใจ 3.3 การส่งเสริมป้องกัน 3.4 ระบบยา 3.5 ด้านการส่งต่อ 3.6 ด้านการติดตามดูแล
เกณฑ์เป้าหมาย	รพ.จัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชมีคุณภาพตามมาตรฐาน กรมสุขภาพจิต ระดับ 1 ทุกด้าน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	รพศ. /รพท./รพช.
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-รพ.จัดทำแบบประเมินตนเอง -รพ. จัดแผนพัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ขึ้นสู่ระดับ 1 -การนิเทศติดตามทีมพี่เลี้ยงวิชาการระดับจังหวัด
แหล่งข้อมูล	-แบบประเมินตนเอง -แผนพัฒนาระบบบริการ
รายการข้อมูล 1	สถานบริการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชมีคุณภาพตามมาตรฐาน กรมสุขภาพจิตผ่านมาตรฐานระดับ 1 ทั้ง 3 ด้าน

เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	1 คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	รพ.จัดระบบ บริการ สุขภาพจิตและ จิตเวชมี คุณภาพตาม มาตรฐาน กรม สุขภาพจิต ระดับ 3 ตั้งแต่ 1 ด้านขึ้นไป	รพ.จัดระบบ บริการ สุขภาพจิต และจิตเวชมี คุณภาพตาม มาตรฐาน กรม สุขภาพจิต ระดับ 2 ตั้งแต่ 1 ด้าน ขึ้นไป	รพ.จัดระบบ บริการ สุขภาพจิต และจิตเวชมี คุณภาพตาม มาตรฐาน กรม สุขภาพจิต ระดับ 1 จำนวน 1 ด้าน ขึ้นไป	รพ.จัดระบบ บริการ สุขภาพจิต และจิตเวชมี คุณภาพตาม มาตรฐาน กรม สุขภาพจิต ระดับ 1 จำนวน 2 ด้านขึ้นไป	รพ.จัดระบบ บริการ สุขภาพจิต และจิตเวชมี คุณภาพ ตาม มาตรฐาน กรม สุขภาพจิต ระดับ 1 ทุก ด้าน
ระยะเวลาการประเมินผล	ปีละ 2 ครั้ง				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางนภาพร จันทนบ โทรศัพท์มือถือ : 081-321-1902 E-mail : napaporn.002@gmail.com นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com นางเนาวรัตน์ สืบภา โทรศัพท์มือถือ : 098-861-3744 โทรศัพท์สำนักงาน : 0-4526-2692-9 ต่อ 3200 โทรสาร : 0-4524-1918, 0-4524-2225				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824				

ตัวชี้วัด R 58	ร้อยละ ของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง 2Q ตามระบบ เฝ้าระวังโรคซึมเศร้า				
คำนิยาม	การคัดกรองภาวะซึมเศร้า หมายถึง การที่ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการประเมินคัดกรองค้นหาภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือคัดกรองผู้มีภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต จากบุคลากรสาธารณสุข, อสม., พยาบาลในหน่วยบริการหรือในชุมชน ผู้มีภาวะซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่ได้รับการประเมินค้นหาจากบุคลากรสาธารณสุข, พยาบาลในหน่วยบริการสาธารณสุขและประชาชนที่พบมีภาวะซึมเศร้า ได้รับการส่งต่อไปโรงพยาบาล เพื่อพบพยาบาลจิตเวชและเข้ารับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ตามแนวทางการดำเนินงาน"ระบบการดูแล เฝ้าระวังโรคซึมเศร้า"				
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80 ของประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ได้รับการประเมินค้นหาภาวะซึมเศร้า				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองค้นหาภาวะซึมเศร้าตามระบบการดูแลช่วยเหลือฯ				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐานข้อมูลหรือ 43 แฟ้ม				
แหล่งข้อมูล	-ข้อมูลจากการบันทึก 43 แฟ้ม				
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนประชาชนที่ได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า				
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไปในพื้นที่				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	1 คะแนน	2 คะแนน	3คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน
	ประชาชน ได้รับการคัด กรองน้อยกว่า ร้อยละ 64	ประชาชน ได้รับการ คัดกรอง ร้อยละ 65 - 69	ประชาชน ได้รับการ คัดกรอง ร้อยละ70-74	ประชาชน ได้รับการ คัดกรอง ร้อยละ 75- 79	ประชาชน ได้รับการ คัดกรอง ≥ร้อยละ80
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกวันที่ 25 ของเดือน				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางนภาพร จันทนบ โทรศัพท์มือถือ : 081-321-1902 E-mail : napaporn.002@gmail.com นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824				

	E-mail : mentalhealthubon@gmail.com นางเนาวรัตน์ สืบภา โทรศัพท์มือถือ : 098-861-3744 โทรศัพท์สำนักงาน : 0-4526-2692 โทรสาร : 0-4524-1918, 0-4524-2225
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824

ตัวชี้วัด R 59	การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 7
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 ฉบับปรับปรุงโดยประเทศไทย (ICD-10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10-Thailand Modification) หมวด F32, F33, F34.1, F38, F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) โดยเป็นผู้ป่วย ซึ่งมีทะเบียนอยู่ในภูมิลำเนา ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคซึมเศร้ารายใหม่ในปีงบประมาณ 2560
เกณฑ์เป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ เข้าถึงบริการเพิ่มขึ้นจากเดิม มากกว่าร้อยละ 7
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐานข้อมูลหรือ 43 แฟ้ม
แหล่งข้อมูล	-รายงานระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข -ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐาน 43 แฟ้ม -ข้อมูลจากฐานข้อมูล www.thaidepression.com
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้ารายใหม่ ที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ ปีงบประมาณ 2560
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสะสม (นับตาม ID ที่มีทะเบียนบ้านในภูมิลำเนา)

	ปีงบประมาณ 2552-2559				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$				
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	1 คะแนน ผล.ได้รับการ ตรวจวินิจฉัย เพิ่มขึ้น ร้อยละ3	2 คะแนน ผล.ได้รับการ ตรวจวินิจฉัย เพิ่มขึ้น ร้อยละ4	3 คะแนน ผล.ได้รับการ ตรวจวินิจฉัย เพิ่มขึ้น ร้อยละ5	4 คะแนน ผล.ได้รับการ ตรวจวินิจฉัย เพิ่มขึ้น ร้อยละ6	5 คะแนน ผล.ได้รับการ ตรวจวินิจฉัย เพิ่มขึ้น ร้อยละ7ขึ้นไป
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกวันที่ 25 ของเดือน				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางนภาพร จันทนบ โทรศัพท์มือถือ : 081-321-1902 E-mail : napaporn.002@gmail.com นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา โทรศัพท์มือถือ : 086-464-9824 E-mail : mentalhealthubon@gmail.com นางเนาวรัตน์ สืบภา โทรศัพท์มือถือ : 098-861-3744 โทรศัพท์สำนักงาน : 0-4526-2692-9 ต่อ 3200 โทรสาร : 0-4524-1918, 0-4524-2225				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวอุบลรัตน์ บุญทา โทรศัพท์มือถือ : 086-4649824				

ตัวชี้วัด R 60	ร้อยละของการคัดกรอง Blinding Cataractในกลุ่มเป้าหมาย					
คำนิยาม	การคัดกรอง Blinding Cataract หมายถึง การคัดกรองสายตาเบื้องต้น ด้วย Snellen Chart					
เกณฑ์เป้าหมาย	ร้อยละ 80					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุอายุ 60 ปี ขึ้นไป					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	-บันทึกในโปรแกรม Jhcisและนำเข้าข้อมูลในโปรแกรม Vision 2020 Thailand					
แหล่งข้อมูล	-ข้อมูล 43 แฟ้ม -ข้อมูลจากโปรแกรม Vision 2020 Thailand					
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง					
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งหมดในพื้นที่					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$					
เกณฑ์การให้คะแนน Ranking	1คะแนน	2 คะแนน	3 คะแนน	4 คะแนน	5 คะแนน	
	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองน้อยกว่าร้อยละ 64	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองร้อยละ 65 - 69	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองร้อยละ 70-74	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองร้อยละ 75- 79	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองร้อยละ $\geq$ ร้อยละ 80	
ระยะเวลาการประเมินผล	ทุกวันที่ 25 ของเดือน					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางนภาพร จันทนบ โทรศัพท์มือถือ : 081-321-1902 E-mail : napaporn.002@gmail.com นางพิสมัย วรรณชาติ โทรศัพท์มือถือ 081-966-0949 โทรศัพท์สำนักงาน : 0-4526-2692 โทรสาร : 0-4524-1918, 0-4524-2225					
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์และสุขภาพจิต					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางพิสมัย วรรณชาติ โทรศัพท์มือถือ 081-966-0949 โทรศัพท์สำนักงาน : 0-4526-2692 โทรสาร : 0-4524-1918, 0-4524-2225					

ตัวชี้วัด R61	หน่วยงานและสถานประกอบการมีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมผ่านเกณฑ์ สะอาดพอเพียง ปลอดภัย HAS
คำนิยาม	หน่วยงาน หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาล ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข) สถานประกอบการ หมายถึง สถานบริการน้ำมัน ร้านอาหาร ห้างสรรพสินค้า หรือ สถานประกอบการอื่นที่มีกิจกรรมการให้บริการประชาชน จำนวนมาก
เกณฑ์เป้าหมาย	A1 รพ.สต. (ร้อยละ 50) A2 รพศ./รพท./รพช. (ร้อยละ 100) A3 สถานบริการน้ำมันหรือร้านอาหาร หรือ สถานประกอบการอื่น (1 แห่ง)
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาล 26 แห่ง รพ.สต. 322 แห่ง สถานบริการ ตามที่มีในพื้นที่
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	แบบประเมินสิ่งแวดล้อมมาตรฐาน HAS และการสุ่มประเมิน
แหล่งข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
รายการข้อมูลที่ 1	A1 :จำนวน รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์ HAS A2 :จำนวน รพศ./รพท./รพช. ที่ผ่านเกณฑ์ HAS A3 : จำนวนสถานประกอบการ ที่ผ่านเกณฑ์ HAS
รายการข้อมูลที่ 2	B1 :จำนวน รพ.สต. ทั้งหมด B2 :จำนวน รพ. ทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A1/B1*100 A2/B2*100 A3 นับจำนวน
ระยะเวลา ประเมินผล	ประเมิน 6 เดือน 12 เดือน

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline Data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			2557	2558	2559
		รพ.สต.	43.48	46.58	58.69
		รพ.	100	100	100
		สปก.(แห่ง)	N/A	52	54

เกณฑ์การประเมิน				
ประเมินโดยใช้เกณฑ์สามเสาหลัก เพียงพอ และปลอดภัย HAS				
- เสาหลัก 9 ข้อ - เพียงพอ 2 ข้อ - ปลอดภัย 5 ข้อ				

รอบ 3 เดือน	รอบ 6 เดือน	รอบ 9 เดือน	รอบ 12 เดือน
มีการชี้แจงนโยบายการพัฒนาสามเสาหลัก มีฐานข้อมูลสามครบทุก Setting มีแผนพัฒนาสาม HAS	ประเมินมาตรฐาน สาม HAS ให้คำแนะนำ ปรับปรุงตามส่วนขาด	มีส่วนร่วมผ่านเกณฑ์ HAS อย่างน้อย 2 Setting ตามเงื่อนไข	มีส่วนร่วมผ่านเกณฑ์ HAS 3 Setting ตามเงื่อนไขตัวชี้วัด

เงื่อนไขความสำเร็จ				

วิธีการประเมินผล Ranking ขั้นตอนละ 1 คะแนน	ขั้นตอน	กิจกรรมการดำเนินงาน
	1	มีการชี้แจงนโยบายการพัฒนาสามเสาหลัก มีฐานข้อมูลสามครบทุก Setting
	2	มีผลประเมินมาตรฐาน สาม HAS ครอบคลุมตามตัวชี้วัด
	3	มีส่วนร่วมผ่านเกณฑ์ HAS อย่างน้อย 2 Setting
	4	มีส่วนร่วมผ่านเกณฑ์ HAS 3 Setting ตามเงื่อนไขตัวชี้วัด
	5	A1 รพ.สต. ร้อยละ 70 A2 รพศ/รพท./รพช. ร้อยละ 100 A3 สถานีบริการน้ำมันหรือร้านอาหาร หรือสถานประกอบการอื่นมากกว่า 1 แห่ง

เอกสารสนับสนุน	-
ผู้ประสานงาน ตัวชี้วัด	นายปรีชา ทองมูล หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย นายสนธยา การะเกษ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
ผู้รายงานผลการ ดำเนินงาน	นายสนธยา การะเกษ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ตัวชี้วัด R 62	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาศูนย์ข้อมูลข่าวสารระหว่างประเทศ
คำนิยาม	ระดับความสำเร็จในการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารระหว่างประเทศ หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่ให้บริการแก่แรงงานต่างชาติ ชาวต่างชาติ มีการพัฒนาระบบการจัดเก็บข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ครอบคลุมทุกกลุ่มโรค และทุกระบบ ครบถ้วนสมบูรณ์ หมายถึง ข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขมีความถูกต้อง ครบถ้วน และรายงานทันตามเวลาที่กำหนด ครอบคลุมในประเด็น ดังนี้ 1. พัฒนากายได้กรอบการลงนามความร่วมมือระหว่างประเทศ ว่าด้วยเรื่องการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข (MOU) 2. มีคู่มือ/แนวทาง การจัดเก็บข้อมูล 3. มีการจัดตั้ง/การดำเนินงานศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข 4. มีการจัดเก็บข้อมูลครอบคลุมครอบคลุมทุกระบบ ทุกกลุ่มโรค ข้อมูลการรับ/ส่งต่อ ผู้ป่วยระหว่างประเทศ รวมทั้งกลุ่มและรายโรค ตามกรอบ MBDS 5. มี website และ/หรือการ update ข้อมูลบน website ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศ 6. มีการรายงานข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ตามกรอบ MBDS รายเดือน และรายไตรมาส
เกณฑ์เป้าหมาย ระดับ 5 เกณฑ์การให้คะแนน (Ranking) 1. มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานระหว่างประเทศ หรือมีการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข 2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข	

3. มีระบบการเก็บข้อมูล :

- ข้อมูลแรงงานต่างชาติที่มาใช้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มโรค
- ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยต่างชาติ
- ข้อมูลการรับ/ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ
- ข้อมูลการรับฝากครรภ์/ข้อมูลการคลอดผู้ป่วยต่างชาติ
- ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามระบบรายงาน MBDS
- ข้อมูลการรับวัคซีนของเด็กแรงงานต่างชาติ
- ข้อมูลการสำรวจแรงงานต่างชาติในพื้นที่

4. มีการรายงานข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลา ทุกวันที่ 25

5. มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่

ระดับคะแนน	เกณฑ์คะแนน
1	ทำได้ข้อที่ 1
2	ทำได้ข้อที่ 1 - 2
3	ทำได้ข้อที่ 1 - 3
4	ทำได้ข้อที่ 1 - 4 ข้อและมีข้อมูลที่ถูกต้อง ร้อยละ 70
5	ทำได้ครบ 5 ข้อ และมีข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์ ร้อยละ 80

ปีงบประมาณ60	ปีงบประมาณ61	ปีงบประมาณ62	ปีงบประมาณ63	ปีงบประมาณ64
ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง	ทุกแห่ง

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาระบบการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข ระหว่างประเทศ ประเทศ
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลทุกแห่ง ภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุบลราชธานี
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	1. ระบบรายงานรายเดือน รายไตรมาส รายปี 2. การลงนิเทศติดตามประเมินผลรายไตรมาส 3. การประชุมถอดบทเรียนการดำเนินงาน
แหล่งข้อมูล	1.จาก 43 แฟ้ม 2. HDC 3. Google drive

	4. ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข ในโรงพยาบาลทุกแห่งภายใต้สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 5. ระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อตามแนวชายแดน ภายใต้ระบบรายงาน MBDS 6. Web site ICHC
รายการข้อมูล 1	A= จำนวนโรงพยาบาล ที่สามารถพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขได้ตามนิยาม
รายการข้อมูล 2	B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$\frac{A \times 100}{B}$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก 3 เดือน, 6 เดือน, 9 เดือน, 12 เดือน
เกณฑ์การประเมินผล : ปี 2560 :	
รอบ 3 เดือน 1. มีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานระหว่างประเทศ หรือมีการจัดตั้งศูนย์จัดเก็บข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุข 2. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข 3. มีระบบการเก็บข้อมูล ดังนี้ - ข้อมูลแรงงานต่างชาติที่มาใช้บริการครอบคลุมทุกกลุ่มโรค - ข้อมูลค่าใช้จ่ายในการดูแลและรักษาผู้ป่วยต่างชาติ - ข้อมูลการรับ/ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างประเทศ - ข้อมูลการรับฝากครรภ์/ข้อมูลการคลอดผู้ป่วยต่างชาติ - ข้อมูลการรับวัคซีนของเด็กแรงงานต่างชาติ - ข้อมูลการสำรวจแรงงานต่างชาติในพื้นที่ - ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามระบบรายงาน MBDS	
รอบ 6 เดือน มีข้อ 1 – 3 และข้อ 4 มีระบบรายงานที่ถูกต้อง ครบถ้วน และทันเวลาทุกวันที่ 25 โดยรายงานตามระบบ -43 แฟ้ม - HDC - Google Drive -ระบบรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคติดต่อ ตาม MBDS -ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศ/หรือศูนย์ข้อมูลข่าวสารสนเทศ -Website ICHC	
รอบ 9 เดือน มีการดำเนินงานข้อ 1 – 4 และข้อ 5 มีการวิเคราะห์ข้อมูลและนำมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา	
รอบ 12 เดือน	

ดำเนินงานครบ 5 ข้อ สามารถวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาและจัดทำแผนงานโครงการแก้ไข ปัญหาร่วมระหว่างประเทศได้	
วิธีการประเมินผล:	1. การรายงานผลการดำเนินงานรายเดือน, รายไตรมาส, รายปี 2. จากผลการนิเทศผสมผสานจังหวัด
เอกสารสนับสนุน:	1. แผนยุทธศาสตร์ 20 ปีของกระทรวงสาธารณสุข 2. คู่มือ/แนวทางการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ด้านสาธารณสุข 3. มีข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยต่างชาติ กิจกรรมบริการ โรคที่รับบริการ ยืนยันกับข้อมูลจาก 43 แฟ้ม, HDC และ Google Drive 4. ข้อมูลบุคคลต่างด้าว 5. ICHC website 6. เอกสารการรายงานการเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ , MBDS report
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ ผู้ประสาน งานตัวชี้วัด	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม โทรศัพท์สำนักงาน : 0-4526-2692-9 ต่อ 1303
หน่วยงาน ประมวลผล และจัดทำข้อมูล	ศูนย์ประสานงานความร่วมมือระหว่างประเทศด้านสาธารณสุข สนง.สสจ.อุบลราชธานี
ผู้รายงานผลการ ดำเนิน	นางสาวพิมพ์ทิพา มาลาหอม โทรศัพท์สำนักงาน : 0-4526-2692-9 ต่อ 1303

ตัวชี้วัด R 63	อัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางถนน																															
คำนิยาม	อุบัติเหตุทางถนน (รหัส ICD-10 = V01-V89) หมายถึง การตายจากอุบัติเหตุจราจรทางบก ไม่รวมทางน้ำและทางอากาศ ผู้เสียชีวิต หมายถึง ผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ทั้งการเสียชีวิตที่เกิดเหตุระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ที่ห้องฉุกเฉิน ระหว่างส่งต่อ (Refer) กรณี Admitted เสียชีวิตในตึกผู้ป่วยภายใน 24 ชม. จนถึง 30 วันหลังเกิดเหตุรวมถึงชกกลับไปตายที่บ้าน โดยใช้ฐานข้อมูลจากสำนักระบาดวิทยาและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายของทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน(ปี2554-2563) คือ ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนนลงร้อยละ50 โดยเริ่มตั้งแต่ปี 2554 เป็นต้นไป ดำเนินการมาแล้วเกือบ 5 ปี (ปี 2554 - 2558) แนวโน้มยังคงดี มีเวลาที่จะดำเนินการอีก 5ปีเท่านั้น หากตั้งเป้าต้องลดให้ได้ร้อยละ 50 ต้องดำเนินการให้ได้เฉลี่ยร้อยละ 7 - 8 ต่อปี จึงจะบรรลุเป้าหมายทศวรรษ หรือคิดเป็นลดลงปีละ 2 ต่อประชากรแสนคน โดยใช้ปี 2554 เป็นค่าตั้งต้น รายละเอียดเป้าหมาย และกำหนดให้ปี2564 ไม่เกิน 10 ต่อประชากรแสนคน ดังตาราง																															
	<table><tr><td>ปี54</td><td>ปี55</td><td>ปี56</td><td>ปี57</td><td>ปี58</td><td>ปี59</td><td>ปี60</td><td>ปี61</td><td>ปี62</td><td>ปี63</td><td>ปี64</td></tr><tr><td>22</td><td>22</td><td>22</td><td>20</td><td>18</td><td>16</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>10</td></tr></table>										ปี54	ปี55	ปี56	ปี57	ปี58	ปี59	ปี60	ปี61	ปี62	ปี63	ปี64	22	22	22	20	18	16	14	13	12	11	10
	ปี54	ปี55	ปี56	ปี57	ปี58	ปี59	ปี60	ปี61	ปี62	ปี63	ปี64																					
	22	22	22	20	18	16	14	13	12	11	10																					
เกณฑ์เป้าหมาย (กระทรวงสาธารณสุข)																																
<table><tr><td>ปีงบประมาณ 60</td><td>ปีงบประมาณ 61</td><td>ปีงบประมาณ 62</td><td>ปีงบประมาณ 63</td><td>ปีงบประมาณ 64</td></tr><tr><td>ไม่เกิน18ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน</td><td>ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน</td></tr></table>											ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64	ไม่เกิน18ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน												
ปีงบประมาณ 60	ปีงบประมาณ 61	ปีงบประมาณ 62	ปีงบประมาณ 63	ปีงบประมาณ 64																												
ไม่เกิน18ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 16 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 14 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 13 ต่อประชากรแสนคน	ไม่เกิน 12 ต่อประชากรแสนคน																												
หมายเหตุ : 1.ปี 2560 กำหนดเกณฑ์เป้าหมาย 18 ต่อประชากรแสนคน (ซึ่งไม่ตรงกับเป้าหมายทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนน) 2. ปี 2561 อาจมีการเปลี่ยนแปลงเกณฑ์เป้าหมายใหม่																																
วัตถุประสงค์	เพื่อลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน																															
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชากรไทยทุกกลุ่มอายุ																															
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการตายจากอุบัติเหตุทางถนนแยกเป็นรายเขต/จังหวัด/อำเภอ จากข้อมูล 3 ฐาน																															
แหล่งข้อมูล	ข้อมูล 3 ฐาน สาธารณสุข ตำรวจและบริษัทกลางคุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ																															
รายการข้อมูล 1	A = จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนทั้งหมด (3 ฐาน)																															

รายการข้อมูล 2	B = จำนวนประชากรกลางปี
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100,000$
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน
เกณฑ์การประเมิน : ปี 2560-2564 :จำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ปี 2560 :จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 28% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 14 ประชากรแสนคน ปี 2561 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 35% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 13 ประชากรแสนคน ปี 2562: จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 42% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 12 ประชากรแสนคน ปี 2563 : จำนวนการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนลดลง 49% จากฐานเฉลี่ยปี 2553-2555 หรือไม่เกิน 11 ประชากรแสนคน	
วิธีการประเมินผล :	1.คำนวณอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อประชากรแสนคนในปีที่ประเมินเปรียบเทียบกับค่าเป้าหมาย จากข้อมูลเฉลี่ยปี 2553-2555 2.ระดับอำเภอประเมินกระบวนการทำงานป้องกันและแก้ไข ตามแนวทางการดำเนินงาน
แนวทางการดำเนินงาน:	แนวทางการขับเคลื่อนการป้องกันการบาดเจ็บและลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนใน 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการจัดการข้อมูล ได้แก่ การบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน, การสอบสวนสาเหตุการบาดเจ็บ และการนำข้อมูลไปขับเคลื่อนทีมมาตรการและประเมินผล 2) ด้านการป้องกัน ได้แก่ การชี้เป้าและการจัดการจุดเสี่ยง การขับเคลื่อนในระดับอำเภอผ่านระบบสุขภาพอำเภอและอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็ง (DHS/DC), การสร้างมาตรการชุมชน/ด้านชุมชน มาตรการองค์กร และมาตรการอื่นๆ 3) ด้านการรักษาและตอบสนองหลังเกิดเหตุได้แก่ การพัฒนา ER/EMS, Trauma Fast tract 4) ด้านการบริหารจัดการ ได้แก่ การจัดตั้ง Trauma Admin Unit, การจัดตั้ง EOC RTI

การการให้คะแนน Ranking	1.อัตราการตายจากการบาดเจ็บทางถนน (น้ำหนัก 20%) เกณฑ์การให้คะแนน 1.1 อัตราการตายต่อแสน 20.01 ขึ้นไป = 0 คะแนน 1.2 อัตราตายต่อแสน 16.01-20.00 = 1 คะแนน 1.3 อัตราตายต่อแสน 12.01-16.00 = 2 คะแนน 1.4 อัตราตายต่อแสน 08.01-12.00 = 3 คะแนน 1.5 อัตราตายต่อแสน 04.01-08.00 = 4 คะแนน 1.6 อัตราตายต่อแสน 00.00-04.00 = 5 คะแนน 2.มีการบูรณาการข้อมูล 3 ฐาน(น้ำหนัก 15%) 2.1 ไม่มีฐานข้อมูล = 0 คะแนน 2.2 มีฐานข้อมูลสาธารณสุข = 1 คะแนน 2.3 มีฐานข้อมูล 2 ฐาน = 2 คะแนน 2.4 มีฐานข้อมูล 3 ฐาน = 3 คะแนน 2.5 มีการวิเคราะห์ข้อมูล 3 ฐาน = 4 คะแนน 2.6 นำฐานข้อมูล 3 ฐาน เสนอ สปธ.อ. = 5 คะแนน 3.มีการดำเนินการแก้ไขจุดเสี่ยงร่วมกับ ชุมชน อปท.และภาคีอื่นๆ (น้ำหนัก 30%) 3.1 ไม่มี ไม่ทราบจุดเสี่ยงระดับอำเภอ = 0 คะแนน 3.2 มีจุดเสี่ยงระดับอำเภอชัดเจน = 1 คะแนน 3.3 มีกระบวนการแก้ไขปัญหามจุดเสี่ยง 1 จุด = 2 คะแนน 3.4 มีกระบวนการแก้ไขปัญหามจุดเสี่ยง 2 จุด = 3 คะแนน 3.4 มีกระบวนการแก้ไขปัญหามจุดเสี่ยง 3-4 จุด = 4 คะแนน 3.5 มีกระบวนการแก้ไขปัญหามจุดเสี่ยง 5 จุด = 5 คะแนน 4.มีการสอบสวนสวนอุบัติเหตุ (น้ำหนัก 15%) 4.1 สอบสวนอุบัติเหตุ ต่ำกว่า 50% = 0 คะแนน 4.2 สอบสวนอุบัติเหตุ ร้อยละ 50.00-60.00 = 1 คะแนน 4.3 สอบสวนอุบัติเหตุ ร้อยละ 60.01-70.00 = 2 คะแนน 4.4 สอบสวนอุบัติเหตุ ร้อยละ 70.01-80.00 = 3 คะแนน 4.5 สอบสวนอุบัติเหตุ ร้อยละ 80.01-90.00 = 4 คะแนน 4.6 สอบสวนอุบัติเหตุ ร้อยละ 90 ขึ้นไป = 5 คะแนน

	5.ดำเนินการมาตรการองค์กรในโรงพยาบาล (หมวกกันน็อค เข็มขัดนิรภัย) (น้ำหนัก 20 %) (ข้อละ 1 คะแนน) 5.1 มีนโยบายการดำเนินงานมาตรการองค์กร 5.2 มีการดำเนินงานมาตรการองค์กร 5.3 มีการดำเนินงานมาตรการองค์กรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 5.4 มีการประเมินผล/ประเมินความพึงพอใจ 5.5 มีการขยายผลไปยังหน่วยงานอื่น(เป็นแบบอย่าง) ข้อ 5 ให้คะแนน 1-5 คะแนน ข้อละ 1 คะแนน				
เอกสารสนับสนุน :	- รายงานสถานการณ์โลกด้านความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2558 - รายงานผลการศึกษาระบบข้อมูลการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนระดับจังหวัดเพื่อหาโอกาสพัฒนา (โครงการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุทางถนน) ปี 2556 - สื่อเผยแพร่ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ		
			2557	2558	2559
	ค่ามัธยฐาน 3 ปี (ปี 53-55)	จำนวน (ต่อประชากรแสนคน)	-	-	-
ที่มา : ข้อมูลการตายระดับอำเภอ					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ tel.091-0204657 2.นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 095-9065542 3.นายทรงพล นามวงษา พนักงานกระทรวงสาธารณสุข 091-8275159				
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	กลุ่มงานการแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	1.นายบดินทร์ บุญจันทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2.นายเอกชัย จรุงเนตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 3.นายทรงพล นามวงษา พนักงานกระทรวงสาธารณสุข				



ร่วมขับเคลื่อน **ค่านิยม** กระทรวงสาธารณสุข

M

Mastery

เป็นนายตนเอง

O

Originality

เร่งสร้างสิ่งใหม่

P

**People
Centered Approach**

ใส่ใจประชาชน

H

Humility

ถ่อมตน
อ่อนน้อม

