กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ปี ๒๕๖๔

คำนำ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ได้จัดทำคู่มือการจัดทำคำรับรองและประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ขึ้น เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุข ใช้เป็นแนวทางในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ เนื้อหาประกอบด้วย กรอบตัวชี้วัด แนวทางการประเมินผล และวิธีการ ขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี หวังเป็นอย่างยิ่งว่าหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี จะใช้คู่มือเป็นแนวทางในการจัดทำคำรับรองการปฏิบัติราชการและการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองของหน่วยงานท่านให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ธันวาคม ๒๕๖๓

คำรับรองการปฏิบัติราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

๑. คำรับรองระหว่าง

นายจักราวุธ จุฑาสงฆ์	นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี	**ผู้รับคำรับรอง**
	และ	
นายธนา พุทธากรณ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลท่าช้าง รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) โรงพยาบาลท่าช้าง	**ผู้ทำคำรับรอง**
นายสมภพ พรหมจรรยา	สาธารณสุขอำเภอท่าช้าง	

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองสองฝ่าย เป็นสัญญาร่วมกัน และใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม พ.ศ.๒๕๖๓ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ.๒๕๖๔

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แผนปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และเครือข่ายบริการสุขภาพ ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย/เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่นๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายจักราวุธ จุฑาสงฆ์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ในฐานะที่เป็นผู้บริหาร และในฐานะผู้กำกับดูแลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ยินดีที่ให้คำแนะนำ กำกับ ดูแล และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการของ นายธนา พุทธากรณ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลท่าช้าง รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) โรงพยาบาลท่าช้าง และ นายสมภพ พรหมจรรยา สาธารณสุขอำเภอท่าช้าง ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า นายธนา พุทธากรณ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลท่าช้าง รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (นายแพทย์เชี่ยวชาญ) โรงพยาบาลท่าช้าง และ นายสมภพ พรหมจรรยา สาธารณสุขอำเภอท่าช้าง ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตาม ข้อ ๓. แล้ว ขอให้คำรับรองกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดี ตามเป้าหมายของตัวชี้วัดแต่ละตัวในระดับสูงสุด เพื่อให้เกิดประโยชน์สุข แก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรอง และผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการ และเห็นพ้องกันแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

(นายจักรวาฬ จุฑาสงฆ์)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

(นายธนา พุทธากรณ์)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)
กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลท่าช้าง
รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
(นายแพทย์เชี่ยวชาญ) โรงพยาบาลท่าช้าง

(นายสมภพ พรหมจรรยา)
สาธารณสุขอำเภอท่าช้าง

สารบัญ

	หน้า
คำรับรองการปฏิบัติราชการ	
กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี	
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔	
๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	๑
๒ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริม IQ&EQ เด็ก	๘
๓ ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE	๑๓
๔ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๑๗
๕ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๒๒
๖ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง	๒๗
๗ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ	๓๒
๘ ร้อยละของจำนวนครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกครัวเรือน มีการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ ตามเกณฑ์ฯ	๓๗
๙ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี	๓๙
๑๐ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๔๒
๑๑ ระดับความสำเร็จของจังหวัด คปสอ. ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	๔๔
๑๒ ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๔๙
๑๓ การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์จังหวัดสิงห์บุรี	๕๑
๑๔ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๕๔
๑๕ ระดับความสำเร็จของการลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาลทุกระดับ	๕๘
๑๖ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happiorganization)	๖๕
๑๗ ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๖๙
๑๘ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๗๑
๑๙ ร้อยละของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	๗๔
๒๐ ร้อยละของโรงพยาบาล มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	๗๖
ภาคผนวก	
แบบสรุปผลการปฏิบัติราชการของผู้บริหาร	

กรอบการประเมินผล
คำรับรองการปฏิบัติราชการ
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ปี ๒๕๖๔

กรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔

ลำดับ	รายละเอียดตัวชี้วัด	น้ำหนัก (ร้อยละ)	หน่วยงานรับผิดชอบ
๑	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	๕	CPPO
๒	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริม IQ&EQ เด็ก	๔	CPPO
๓	ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE	๕	CPPO
๔	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	๔	CPPO
๕	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	๘	CPPO
๖	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง	๘	CPPO
๗	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ	๔	CPPO
๘	ร้อยละของจำนวนครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกครัวเรือน มีการปรับปรุงสภาพ ที่อยู่อาศัยให้สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ ตามเกณฑ์ฯ	๘	CPPO
๙	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี	๔	CPPO
๑๐	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๔	CPPO
๑๑	ระดับความสำเร็จของจังหวัด คปสอ. ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	๘	CPPO
๑๒	ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	๔	CPPO
๑๓	การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์จังหวัดสิงห์บุรี	๔	CSO
๑๔	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	๕	CSO
๑๕	ระดับความสำเร็จของการลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาลทุกระดับ	๕	CSO
๑๖	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happiorganization)	๔	CHRO
๑๗	ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๔	CIO/CFO
๑๘	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๔	CIO/CFO
๑๙	ระดับความสำเร็จของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	๔	CIO/CFO
๒๐	ร้อยละของโรงพยาบาล มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	๔	CIO/CFO
	รวม	**๑๐๐**	

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย

๑.๑ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

๑.๒ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า

๑.๓ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

๑.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔I

๒. หน่วยวัด ร้อยละ/จำนวน **ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕**

๑.๑ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ ร้อยละ ๙๐

๑.๒ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐

๑.๓ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม ร้อยละ ๙๐

๑.๔ ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔I ร้อยละ ๗๐

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๕

๔. คำอธิบาย :

เด็กอายุ ๐-๕ ปี หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน

การคัดกรองพัฒนาการเด็ก หมายถึง จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรอง ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)

การคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการ โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน <u>ทั้งเด็ก ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒) (เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)</u>

พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒

พัฒนาการล่าช้าหลังได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ พบว่าพัฒนาการผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ต้องได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔I

พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก รวมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)

๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต หมายถึง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิในครรภ์มารดา จนถึงอายุ ๒ ปี

มหัศจรรย์ ๑,๐๐๐ วันแรกของชีวิต หมายถึง การส่งเสริมโภชนาการ (อาหารหญิงตั้งครรภ์ อาหารหญิงให้นมบุตร นมแม่ และอาหารเด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี รวมทั้งการเสริมสารอาหารที่สำคัญในรูปของยา ได้แก่ ธาตุเหล็ก ไอโอดีน และกรดโฟลิก สำหรับหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดที่ให้นมแม่ ๖ เดือน ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กสำหรับเด็กอายุ ๖ เดือน-๕ ปี) ร่วมกับการบูรณาการงาน<u>สุขภาพอื่นๆ</u> เช่น พัฒนาการเด็ก สุขภาพช่องปาก กิจกรรมทางกาย การนอน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ อนามัยสิ่งแวดล้อม

๕. สูตรการคำนวณ:

รายการข้อมูล ๑	A = เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ เดือน และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔ ๒ เดือน และ ๖๐ เดือน <u>ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง</u> ในช่วงเวลาที่กำหนด พบพัฒนาการสมวัยครบทั้ง ๕ ด้าน
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔ ๒ เดือน และ ๖๐ เดือน <u>ทั้งหมดในเขตรับผิดชอบที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการจริง</u> ในช่วงเวลาที่กำหนด
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔ ๒ เดือน และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑)
รายการข้อมูล ๕	E = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔ ๒ เดือน และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน)
รายการข้อมูล ๖	F = จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔ ๒ เดือน และ ๖๐ เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า (ตรวจครั้งแรก) ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัย ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒
รายการข้อมูล ๗	G= จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔ ๒ เดือน และ ๖๐ เดือน ติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ พบพัฒนาการผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน
รายการข้อมูล ๘	H= จำนวนเด็กอายุ ๙,๑๘,๓๐,๔ ๒ เดือน และ ๖๐ เดือน พบพัฒนาการล่าช้าส่งต่อทันที และเด็กติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒ พบพัฒนาการผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ต้องได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔I

ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย = $\frac{\mathbf{B}}{\mathbf{A}} \times 100$

๑. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ

$= \frac{\mathbf{C}}{\mathbf{A}} \times 100$

๒. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ พบสงสัยล่าช้า

$= \frac{\mathrm{D+E}}{\mathrm{B}} \times 100$

๓. ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม

$= \frac{\mathrm{F}}{\mathrm{D}} \times 100$

๔.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วยด้วย TEDA ๔I

$= \frac{\mathrm{H}}{\mathrm{F+G}} \times 100$

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ... ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	**๑.มีรายการข้อมูล (๐.๒๕ คะแนน)** - มีรายงานติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านพัฒนาการจาก ระบบ HDC ย้อนหลัง ๓ ปี **๒.มีความรู้ (๐.๒๕ คะแนน) เช่น** - องค์ความรู้วิชาการต่างๆ เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก **๓.มีรายงานผลการวิเคราะห์ (๐.๕ คะแนน) เช่น** - มีผลการวิเคราะห์สถานการ์พัฒนาการเด็กย้อนหลัง ๓ ปี ในภาพรวมของพื้นที่ พร้อมสาเหตุปัญหา อุปสรรค - มีข้อเสนอแนะ/แก้ไขที่นำสู่มาตรการ และแผนงานโครงการของแต่ละพื้นที่
๒	**๑.มีข้อเสนอครบทุกหมวดและสอดคล้องกับข้อมูลและความรู้ (๐.๕ คะแนน) เช่น** - มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับ จังหวัด - มีมาตรการระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับข้อมูลและความรู้ - มีประเด็นความรู้สำคัญในการส่งเสริมให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย **๒.มีคุณภาพระดับบทบาทใหม่ในการปฏิรูป (๐.๕ คะแนน)** - มีกิจกรรม/การดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับระดับบทบาทใหม่ของกรมอนามัย
๓	**๑.มีแผนการขับเคลื่อน (๐.๒ คะแนน) เช่น** - แผนขับเคลื่อน ระดับพื้นที่ /มาตรการ/ประเด็นความรู้ที่จำเป็นสำหรับประชาชนหรือผู้รับบริการ ด้านพัฒนาการเด็ก ๒.มีการขับเคลื่อนเป็นไปตามแผน (๐.๓ คะแนน) เช่น - มีรายงานการขับเคลื่อนงานตามแผนงาน - มีการเผยแพร่ องค์ความรู้ สื่อ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านช่องทางต่างๆ ๓.มีรายงานการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองฯ ทุกเดือน (๐.๕ คะแนน)

<table>
<tr><th>ระดับ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th></tr>
<tr><td>๔</td><td>
๑.มีผลผลิตครบตามจำนวนข้อเสนอนโยบาย (๐.๒๕ คะแนน)
๒.มีผลผลิตครบตามมาตรการที่กำหนดในแผนการขับเคลื่อน (๐.๕ คะแนน)
๒.๑ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ ๙๐ (๐.๑๖ คะแนน)
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>๐.๐๔</th><th>๐.๐๗</th><th>๐.๑๐</th><th>๐.๑๓</th><th>๐.๑๖</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๘๖</td><td>๘๘</td><td>๙๐</td><td>๙๒</td><td>๙๔</td></tr>
</table>
๒.๒ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐ (๐.๑๗ คะแนน)
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>๐.๐๕</th><th>๐.๐๘</th><th>๐.๑๑</th><th>๐.๑๔</th><th>๐.๑๗</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๑๖</td><td>๑๘</td><td>๒๐</td><td>๒๒</td><td>๒๔</td></tr>
</table>
๒.๓ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๙๐ (๐.๑๗ คะแนน)
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>๐.๐๕</th><th>๐.๐๘</th><th>๐.๑๑</th><th>๐.๑๔</th><th>๐.๑๗</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๘๖</td><td>๘๘</td><td>๙๐</td><td>๙๒</td><td>๙๔</td></tr>
</table>
๒.๔ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการพบล่าช้า ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔I ร้อยละ ๗๐ (๐.๒๕ คะแนน)
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>๐.๑๘</th><th>๐.๑๙</th><th>๐.๒๑</th><th>๐.๒๓</th><th>๐.๒๕</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๖๒</td><td>๖๔</td><td>๖๖</td><td>๖๘</td><td>๗๐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>๕</td><td>
มีผลลัพธ์ตรงเป้าหมายเป็นสัดส่วนตามระยะเวลา (๑ คะแนน)
-ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>๐.๒๐</th><th>๐.๔๐</th><th>๐.๖๐</th><th>๐.๘๐</th><th>๑.๐๐</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๘๑</td><td>๘๓</td><td>๘๕</td><td>๘๗</td><td>๘๙</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

- การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔) และ การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน	แนวทางการประเมิน/หลักฐาน
๑	Assesment **๑.๑ รายการข้อมูลที่นำมาใช้เพื่อ** - กำหนดมาตรการ - กำหนดความรู้ของประชาชนหรือผู้รับบริการ **๑.๒ ความรู้ที่นำมาใช้เพื่อ** - กำหนดมาตรการ - กำหนดความรู้ของประชาชนหรือผู้รับบริการ ๑.๓ มีรายงานผลการวิเคราะห์ข้อมูลและความรู้ เพื่อ - กำหนดมาตรการ - กำหนดความรู้ของประชาชนหรือผู้รับบริการ	๑	**๑.มีรายการข้อมูล (๐.๒๕)** - มีรายงานติดตามผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านพัฒนาการจาก ระบบ HDC ย้อนหลัง ๓ ปี **๒.มีความรู้ (๐.๒๕) เช่น** - องค์ความรู้วิชาการต่างๆ เกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก **๓.มีรายงานผลการวิเคราะห์ (๐.๕) เช่น** - มีผลการวิเคราะห์สถานการ์พัฒนาการเด็กย้อนหลัง ๓ ปี ในภาพรวมของพื้นที่ พร้อมสาเหตุ ปัญหา อุปสรรค -มีข้อเสนอแนะ/แก้ไขที่นำสู่มาตรการ และแผนงานโครงการของแต่ละพื้นที่
๒	Advocacy/Intervention ๒.๑ มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ๒.๒ มีข้อเสนอมาตรการ ๒.๒ มีประเด็นความรู้	๑	**๑.มีข้อเสนอครบทุกหมวดและสอดคล้องกับข้อมูลและความรู้ (๐.๕) เช่น** - มีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับ จังหวัด - มีมาตรการระดับพื้นที่ ที่สอดคล้องกับข้อมูลและความรู้ - มีประเด็นความรู้สำคัญในการส่งเสริมให้เด็กได้รับการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย **๒.มีคุณภาพระดับบทบาทใหม่ในการปฏิรูป (๐.๕)** -มีกิจกรรม/การดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับระดับบทบาทใหม่ของกรมอนามัย

<table>
<tr><th>ระดับ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th><th>แนวทางการประเมิน/หลักฐาน</th></tr>
<tr><td>๓</td><td>Managemaent and Governance</td><td>๑</td><td>๑.มีแผนการขับเคลื่อน (๐.๒) เช่น
-แผนขับเคลื่อน ระดับพื้นที่ /มาตรการ/ประเด็นความรู้ที่จำเป็นสำหรับประชาชน หรือผู้รับบริการ ด้านพัฒนาการเด็ก
๒.มีการขับเคลื่อนเป็นไปตามแผน (๐.๓) เช่น
-มีรายงานการขับเคลื่อนงานตามแผนงาน
-มีการเผยแพร่ องค์ความรู้ สื่อ โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผ่านช่องทางต่างๆ
๓.มีรายงานการติดตามการดำเนินงานตัวชี้วัดตามคำรับรองฯ ทุกเดือน (๐.๕)</td></tr>
<tr><td>๔</td><td>Output ผลผลิตกระบวนการตาม
๔.๑ ตามนโยบาย
๔.๒ มาตรการ
๔.๓ ความรู้</td><td>๑</td><td>๑.มีผลผลิตครบตามจำนวนข้อเสนอ
๒.มีผลผลิตครบตามมาตรการที่กำหนดในแผนการขับเคลื่อน (๐.๕)
๒.๑ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการร้อยละ ๙๐ (๐.๑๖ คะแนน)
<table>
<tr><td>ค่าคะแนน</td><td>๐.๐๔</td><td>๐.๐๗</td><td>๐.๑๐</td><td>๐.๑๓</td><td>๐.๑๖</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๘๖</td><td>๘๘</td><td>๙๐</td><td>๙๒</td><td>๙๔</td></tr>
</table>
๒.๒ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๒๐ (๐.๑๗ คะแนน)
<table>
<tr><td>ค่าคะแนน</td><td>๐.๐๕</td><td>๐.๐๘</td><td>๐.๑๑</td><td>๐.๑๔</td><td>๐.๑๗</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๑๖</td><td>๑๘</td><td>๒๐</td><td>๒๒</td><td>๒๔</td></tr>
</table>
๒.๓ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า ร้อยละ ๙๐ (๐.๑๗ คะแนน)
<table>
<tr><td>ค่าคะแนน</td><td>๐.๐๕</td><td>๐.๐๘</td><td>๐.๑๑</td><td>๐.๑๔</td><td>๐.๑๗</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๘๖</td><td>๘๘</td><td>๙๐</td><td>๙๒</td><td>๙๔</td></tr>
</table>
๒.๔ เด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการพบล่าช้า ได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔I ร้อยละ ๗๐ (๐.๒๕ คะแนน)
<table>
<tr><td>ค่าคะแนน</td><td>๐.๑๘</td><td>๐.๑๙</td><td>๐.๒๑</td><td>๐.๒๓</td><td>๐.๒๕</td></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๖๒</td><td>๖๔</td><td>๖๖</td><td>๖๘</td><td>๗๐</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>ระดับ</th><th>เกณฑ์การให้คะแนน</th><th>คะแนน</th><th>แนวทางการประเมิน/หลักฐาน</th></tr>
<tr><td>๕</td><td>Outcome ผลลัพธ์ของตัวชี้วัด</td><td>๑</td><td>มีผลลัพธ์ตรงเป้าหมายเป็นสัดส่วนตามระยะเวลา
-ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ทั้งหมดตามช่วงอายุที่กำหนดมีพัฒนาการสมวัย
<table>
<tr><th>ค่าคะแนน</th><th>๐.๒๐</th><th>๐.๔๐</th><th>๐.๖๐</th><th>๐.๘๐</th><th>๑.๐๐</th></tr>
<tr><td>ร้อยละ</td><td>๘๑</td><td>๘๓</td><td>๘๕</td><td>๘๗</td><td>๘๙</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td></td><td>รวม</td><td>๕</td><td></td></tr>
</table>

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒**
ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ/จำนวน	๙๕	๙๒.๖๑	๙๐.๔๘
๑.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ได้รับการคัดกรองพัฒนาการ		๘๘.๒๕	๙๑.๗๕	๙๒.๗๓
๒.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่ได้รับการคัดกรองพัฒนาการพบสงสัยล่าช้า		๑๖.๗๔	๒๒.๕๑	๒๔.๑๐
๓.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม		๘๑.๐๘	๘๘.๔๗	๙๓
๔.ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี ที่พบพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นด้วย TEDA ๔I		๕๑.๗๒	๖๕.๕๒	๕๓.๓๓

๙.แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑.บันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม ผ่านระบบรายงาน HDC

๒.สถานบริการทุกแห่งรวมรวบข้อมูล วิเคราะห์ เขียนรายงานรายไตรมาส เสนอผู้บริหาร

๓.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์เขียนรายงานรายไตรมาส ส่งศูนย์อนามัย

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางวันดี วิรัสสะ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๒๗

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางนงลักษณ์ เกตุแก้ว หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๙๖๑๒ ๕๖๐๒

: น.ส.กาญจนา อยู่นาค หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๗๘๔๓ ๗๘๓๒

E-mail: Kpom1727@gmail.com, u5526002@gmail.com

หน่วยงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๒ ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริม IQ&EQ เด็ก

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย:

การดำเนินงานส่งเสริม IQ&EQ เด็ก หมายถึง การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายสนับสนุนส่งเสริมเด็กศูนย์เด็กเล็ก อนุบาล ประถมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น ภาวะเรียนรู้ช้า ภาวะLD ความฉลาดทางอารมณ์ และได้รับการช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ผู้ใช้ ผู้เสพ ผู้ติดสารเสพติด การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ฯลฯ

โรคออทิสติก (Autistic Disorder) หมายถึง **ความผิดปกติทางด้านสังคม** เช่น ไม่สบตา ไม่เข้าใจสีหน้า อารมณ์ของผู้อื่น เล่นกับเด็กอื่นในวัยเดียวกันไม่เป็น แต่มักจะเล่นกับเด็กที่โตกว่าหรือผู้ใหญ่ ไม่สนใจของเล่นที่เด็กทั่วไปสนใจ แต่จะไปเล่นของที่ไม่ควรเล่น เล่นจินตนาการไม่เป็น เมื่อเข้าโรงเรียนเด็กมักไม่สนใจจะเล่นกับเพื่อน ไม่เข้าใจสถานการณ์ต่างๆในสังคม มีปัญหาในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น **ความผิดปกติด้านภาษา** เช่น พูดได้ แต่เป็นลักษณะคำซ้ำๆ พูดเลียนแบบโดยไม่เข้าใจความหมาย พูดเรียงประโยคไม่ถูกต้อง หรือตอบคำถามไม่เป็น หรือบางคนมีภาษาตนเองที่สื่อสารแล้วคนอื่นไม่เข้าใจ เมื่อเข้าโรงเรียนเด็กมักไม่เข้าใจมุขตลก คำประชดประชันของเพื่อนๆ ทำให้มีปัญหาในการสื่อสารกับผู้อื่น **ความผิดปกติด้านพฤติกรรม** เช่น มีท่าทางแปลกๆ ที่เป็นลักษณะเฉพาะตัว กระโดดสะบัดมือเวลาดีใจหรือตื่นเต้น เดินเขย่งหรือซอยเท้า สนใจขอบางอย่างแบบหมกมุ่นเกินความพอดี เช่น ชอบดูโลโก้สินค้า สะสมขวด ดูรูปภาพเดิมซ้ำๆ จ้องมอง พัดลมหมุนได้นาน ทานอาหารเมนูซ้ำๆเดิมไม่ยอมเปลี่ยน ใส่เสื้อตัวเดิมหรือสีเดิมตลอด ถ้ากิจวัตรที่เคยทำเปลี่ยนไปจากเดิมจะอารมณ์เสีย หงุดหงิด โวยวาย

โรคสมาธิสั้น (ADHD : Attention Deficit Hyperactivity Disorder) หมายถึง **ซน** เช่น อยู่ไม่นิ่ง เคลื่อนไหวตลอดเวลา เด็กจะมีอาการ ซน ยุกยิก นั่งนิ่งไม่ค่อยได้ ต้องลุกเดินหรือขยับตัวไปมา ประสบอุบัติเหตุบ่อยๆ เล่นโลดโผน ในวัยรุ่นจะแสดงท่าทางกระสับกระส่าย กระวนกระวายใจเวลาต้องนั่งอยู่นิ่งๆ **ขาดสมาธิ** เช่นเด็กไม่สามารถจดจ่ออยู่กับการทำงานจนเสร็จ ไม่สามารถตั้งใจฟังครูสอนได้ต่อเนื่อง **เหม่อเลย** เช่น วอกแวกง่าย ทำงานไม่สำเร็จ เบื่อง่าย ทำให้ดูเหมือนขาดความตั้งใจที่จะทำ ผลงานมักไม่เรียบร้อยตกๆ หล่นๆ ขี้ลืม ทำของใช้ส่วนตัวหายเป็นประจำ มีปัญหาปฏิบัติตามคำสั่งที่ซับซ้อนปัญหาการขาดสมาธินี้ทำให้เด็กเรียนรู้ได้ไม่เต็มศักยภาพ **ขาดการยับยั้งใจตนเอง** เช่น มักจะทำตามใจตนเอง หุนหันพลันแล่น ขาดการยั้งคิด

เด็กเรียนรู้ช้า (lntellectuat Disorder) หมายถึง เด็กมีการตัดสิ้นใจแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้ไม่สมวัย เรียนรู้-รับรู้ - เข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ช้ากว่าคนอื่นๆ คิดและตัดสิ้นใจช้า การคิดและการตัดสิ้นใจดูไม่เป็นระบบหรือไม่ค่อยมีเหตุผล เด็กที่เรียนรู้ช้า มีความจำระยะสั้นไม่ดี นอกจากนี้เด็กอาจมีความบกพร่องเกี่ยวกับการนำความรู้และประสบการณ์ไปใช้ในการแก้ปัญหาใหม่ เช่น ปัญหาใหม่ ปัญหาเดิมที่เคยเกิดแล้ว พ่อแม่บอกวิธีแก้ปัญหาแล้ว แต่เมื่อพบปัญหาในครั้งต่อไป เด็กก็ยังคงแก้ปัญหาไม่ได้

เด็กแอลดี (Learning Disorder) หมายถึง ความบกพร่องด้านการอ่าน เช่น เด็กมีความบกพร่องในการจดจำ พยัญชนะ สระ ขาดทักษะในการสะกดคำและเรียนรู้คำศัพท์ใหม่ๆ ได้อย่างจำกัด จึงอ่านหนังสือไม่ออก หรืออ่านแต่คำศัพท์ง่ายๆ อ่านผิด อ่านตะกุกตะกัก **ความบกพร่องด้านการเขียนสะกดคำ** เช่น วรรณยุกต์ และการันต์ ไม่ถูกต้องตามหลักภาษาไทย จึงเขียนหนังสือและสะกดคำผิด มีปัญหาการเลือกใช้

คำศัพท์การแต่งประโยคและการสรุปเนื้อหาสำคัญ ทำให้ไม่สามารถถ่ายทอดความคิดผ่านการเขียนได้ **ความบกพร่องด้านคณิตศาสตร์** เช่น เด็กขาดทักษะและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลข การนับจำนวน การจำสูตรคูณ การใช้สัญลักษณ์ทางคณิตสาตร์ จึงไม่สามารถคิดหาคำตอบจากการบวก ลบ คูณ หาร ตามกฎเกณฑ์ทางคณิตศาสตร์ได้

ความฉลาดทางอารมณ์เด็กศูนย์เด็กเล็ก อนุบาล หมายถึง ความพร้อมทางอารมณ์ที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยรู้จักอารมณ์คนเองและผู้อื่น แสดงความเห็นใจและปลอบใจผู้อื่น อดทนและรอคอยได้ มีน้ำใจ รู้จักให้ รู้จักแบ่งปัน รู้ว่าทำผิดหรือยอมรับผิด มีความกระตือรือร้น สนใจใฝ่รู้ ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง พร้อมทำให้ตนเองเกิดความสุข โดยมีความพอใจ ความอบอุ่นใจและสนุกสนานร่าเริง

ความฉลาดทางอารมณ์เด็กชั้นประถมศึกษาปี่ที่ ๑ หมายถึง ความพร้อมที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างราบรื่น โดยมีความสามารถที่จะควบคุมตัวเอง ใส่ใจและเข้าใจอารมณ์ผู้อื่น กล้าแสดงออกออกและยอมรับผิด พัฒนาตนไปสู่ความสำเร็จ มีความมุ่งมั่นพยาม รู้จักปรับตัวต่อปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลง สามารถทำให้ตนเองลดความทุกข์และสร้างความสุข มีความพอใจและความภาคภูมิใจ รู้จักปรับใจและสร้างความรื่นเริงเบิกบานให้กับตนเองได้

เด็กชั้นศูนย์เด็กเล็ก อนุบาล ประถมศึกษาปีที่ ๑ หมายถึง เด็กที่เรียนปีการศึกษา ๒๕๖๓ ในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี

การช่วยเหลือและรักษาที่เหมาะสม หมายถึง การดูแลสนับสนุนส่งเสริมเหมาะกับเด็กดังนี้

๑.เด็กโรคออทิสติก ได้รับการส่งเสริมพัฒนาการด้านที่เด็กยังมีพัฒนาการบกพร่อง เช่น ฝึกพูด การฝึกการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การฝึกทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิตประจำวัน การช่วยเหลือทางการศึกษาที่เหมาะสมเด็กออทิสติกบางคนสามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ บางคนสามารถเรียนร่วมกับเด็กปกติได้ บางคนอาจต้องอยู่ในชั้นเรียนพิเศษเฉพาะเด็กออทิสติก การปรับลดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาด้วยการปรับพฤติกรรมหรือการใช้ยา

๒.เด็กโรคสมาธิสั้น ได้การรักษาด้วยยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการช่วยเหลือด้านจิตใจสำหรับเด็กและครอบครัว การช่วยเหลือด้านการเรียน เช่น ครูช่วยตรวจสอบงานอย่างสม่ำเสมอ จัดที่นั่งในห้องเรียน

๓.เด็กเรียนรู้ช้า ได้การช่วยเหลือทางการศึกษา โดยการมีแผนการศึกษาเฉพาะบุคคล การสอนเสริมในทักษะที่จำเป็นต่อการเรียน เช่น หลักการอ่าน หลักการสะกดคำ พื้นฐาน การคำนวณ โดยอาศัยหลักการสอนย้ำ การสอนย้ำ และมีการทบทวนบทเรียนที่เคยเรียนไปแล้วอย่างสม่ำเสมอ

๔.เด็กแอลดี ได้การช่วยเหลือทางการศึกษา โดยการมีแผนการศึกษาเฉพาะบุคคลรวมถึงการสอนเสริมด้านการอ่าน การเขียน การคำนวณ ในด้านที่เด็กมีความบกพร่อง ครอบครัว : ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เด็กเป็น เลี้ยงดูเด็กตามปกติไม่ให้สิทธิพิเศษ และส่งเสริมความสามารถอื่นที่เป็นจุดเด่นของเด็ก

๕.เด็กความฉลาดทางอารมณ์อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติ ได้รับการส่งเสริมพัฒนาด้านอารมณ์ การปรับทุกข์ สร้างสุข

๕. สูตรการคำนวณ: ไม่มี

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานแต่ละระดับ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๒	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๓	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๔	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๕	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	๒	๓	๔	๕
ขั้นตอนที่ ๑	-	ขั้นตอนที่ ๒	-	ขั้นตอนที่ ๓

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	๑.มีการเพิ่มทักษะการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทักษะครู พี่เลี้ยงเด็ก ในการประเมินเด็ก/นักเรียน ๒.จำนวนศูนย์เด็กเล็ก/รร. เข้าร่วมการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายสนับสนุนส่งเสริม IQ&EQ ร้อยละ ๑๐๐	ทะเบียนรายชื่อ	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	๑.เด็กศูนย์เด็กเล็ก อนุบาล ได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคออทิสติก และความฉลาดทางอารมณ์ โดยครู ร้อยละ ๕๐ และได้เด็กที่มีความผิดปกติได้รับการส่งต่อรพ. ร้อยละ ๑๐๐ ๒.นร.ป. ๑ ได้รับประเมินความเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยงโรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น ภาวะเรียนรู้ช้า ภาวะLD ความฉลาดทางอารมณ์ โดยครู ร้อยละ ๕๐ และได้เด็กที่มีความผิดปกติได้รับการส่งต่อรพ. ร้อยละ ๑๐๐	แบบสรุปผลการดำเนินงาน	เท่ากับ ๓ คะแนน
๓	๑.เด็กที่มีความเสี่ยง โรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น ภาวะเรียนรู้ช้า ภาวะLD ความฉลาดทางอารมณ์ ได้รับการประเมินจากนักจิตวิทยา ร้อยละ ๑๐๐ ๒.เด็กที่ป่วยโรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น ภาวะเรียนรู้ช้า ภาวะLD ความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าปกติ ได้รับการช่วยเหลือและรักษา ร้อยละ ๘๐ ๓.ผู้ปกครองและครูมีความรู้ในการช่วยเหลือเด็กและสามารถช่วยเหลือเด็กได้	แบบสรุปผลการดำเนินงาน	เท่ากับ ๕ คะแนน

๗.๒ การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	๒	๓	๔	๕
ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕

ขั้นตอน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	๑.มีการเพิ่มทักษะการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทักษะครู พี่เลี่ยงเด็ก ในการประเมินเด็ก/นักเรียน ๒.จำนวนศูนย์เด็กเล็ก/รร. เข้าร่วมการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายสนับสนุนส่งเสริม IQ&EQ ร้อยละ ๑๐๐	ทะเบียนรายชื่อ	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	๑.เด็กศูนย์เด็กเล็ก อนุบาล ได้รับการประเมิน ความเสี่ยงโรคออทิสติก และความฉลาดทางอารมณ์ โดยครู ร้อยละ ๘๐ และได้เด็กที่มีความผิดปกติได้รับการส่งต่อรพ.ร้อยละ ๑๐๐ ๒.นร.ป.๑ ได้รับประเมินความเสี่ยงได้รับการประเมินความเสี่ยง โรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น ภาวะเรียนรู้ช้า ภาวะ LD ความฉลาดทางอารมณ์ โดยครู ร้อยละ ๘๐ และได้เด็กที่มีความผิดปกติได้รับการส่งต่อ รพ.ร้อยละ ๑๐๐	แบบสรุปผลการดำเนินงาน	เท่ากับ ๑ คะแนน
๓	๑.เด็กที่มีความเสี่ยงโรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น ภาวะเรียนรู้ช้า ภาวะ LD ความฉลาดทางอารมณ์ ได้รับการประเมินจากนักจิตวิทยา ร้อยละ ๑๐๐ ๒.เด็กที่ป่วยโรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น ภาวะเรียนรู้ช้า ภาวะ LD ความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าปกติ ได้รับการช่วยเหลือและรักษา ร้อยละ ๘๐ ๓.ผู้ปกครองและครูชั้น ป.๑ มีความรู้ในการช่วยเหลือเด็กและสามารถช่วยเหลือเด็กได้	แบบสรุปผลการดำเนินงาน	เท่ากับ ๑ คะแนน
๔	๑.มีการเพิ่มทักษะครูชั้น ป. ๒ ในการช่วยเหลือเด็ก ๒.ผู้ปกครองเด็กที่ป่วยโรคออทิสติก โรคสมาธิสั้น ภาวะเรียนรู้ช้า ภาวะ LD ความฉลาดทางอารมณ์ต่ำกว่าปกติมีความพึงพอใจกับการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายสนับสนุนส่งเสริม IQ&EQ ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป	ทะเบียนรายชื่อ	เท่ากับ ๑ คะแนน
๕	สรุปบทเรียนจากผู้ปกครอง ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างน้อย ๑ บทเรียน		เท่ากับ ๑ คะแนน

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
๑.ผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการ (ร้อยละ ๒๐)	ร้อยละ	-	-	๔๖.๔๔
๒.ร้อยละผู้ป่วยโรคออทิสติกเข้าถึงบริการ (ร้อยละ ๔๕)	ร้อยละ	-	-	๓๗.๕๔

๙. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๙.๑ แบบประเมินพฤติกรรมเด็ก

๙.๒ แบบส่งผู้ป่วยรักษาต่อ

๙.๓ แบบทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย

๙.๔ แบบสรุปผลการดำเนินงาน

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางวันดี วิรัสสะ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๒๗

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสุภาวดี ตั้งเจริญ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๘๒๔๘ ๗๖๘๑

หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๓ ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE

๒. หน่วยวัด : ระดับ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๕

๔. คำอธิบาย :

TO BE NUMBER ONE คือ โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE เป็นโครงการใน ทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญาสิริวัฒนาพรรณวดี องค์ประกอบในการดำเนินงานของชมรม TO BE NUMBER ONE ประกอบด้วย ๓ ก ได้แก่

ก ที่ ๑ คณะกรรมการ หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งอย่างน้อย ๕ คน เพื่อเป็นกรรมการชมรม และจะต้องมีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกันในการจัดทำแผนงานโครงการ งบประมาณและกิจกรรมของชมรม อย่างน้อย ๒ ครั้งต่อปี

ก ที่ ๒ กองทุน หมายถึง กรรมการและสมาชิกร่วมดำเนินการจัดตั้งกองทุนเพื่อนำเงินรายได้หมุนเวียนใช้จ่ายในชมรม ซึ่งเป็นแนวทางสู่ความยั่งยืนของชมรมรวมถึงทรัพย์สินชมรมด้วย ซึ่งหมายถึงสิ่งใดสิ่งหนึ่งดังต่อไปนี้

๑) เงินซึ่งได้จากการบริจาค การจัดกิจกรรมเพื่อหาทุน หรือได้รับสนับสนุนจากภาครัฐหรือเอกชนต่างๆ

๒) ทรัพย์สิน ประเภทไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ เช่น ห้องประกอบชมรมสถานที่ได้รับการอนุญาตให้ใช้ในกิจกรรมของชมรม เป็นต้น

ประเภทเคลื่อนย้ายได้ เช่น โต๊ะ เก้าอี้ อุปกรณ์ คอมพิวเตอร์

ก ที่ ๓ กิจกรรมชมรม หมายถึง “การทำอะไรก็ได้ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและผู้อื่น” เป็นสิ่งที่ชมรมจัดขึ้นเพื่อสมาชิกภายในชมรม หรือมอบหมายสมาชิกเข้าร่วมดำเนินการกับหน่วยงาน/องค์กรภายนอก การนับจำนวนตามเกณฑ์ชี้วัดว่าชมรมดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องให้นับรวมกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกไม่น้อยกว่า ๓ ครั้ง/ปี เป็นกิจกรรม ที่ทำให้สมาชิกใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์เกิดความภาคภูมิใจและมองเห็นคุณค่าของตนเอง อันเป็นหนทางห่างไกลยาเสพติด รวมทั้งโอกาสและสนับสนุนการคืนคนดีสู่สังคมของสมาชิก
การจัดกิจกรรมทั้งภายในและภายนอกชมรม ดำเนินการตามยุทธศาสตร์หลัก ๓ ยุทธศาสตร์
ของโครงการ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การสร้างกระแส เช่น การรับสมัครสมาชิก ประชาสัมพันธ์ชมรมจัดกิจกรรม ดนตรี กีฬา ประกวด ตรวจหาสารเสพติด เข้าร่วมกิจกรรมในวันสำคัญ ร่วมแข่งขันต่างๆ สนับสนุนทุนการศึกษา

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจ เช่น การจัดตั้งศูนย์เพื่อนใจ การอบรมให้ความรู้ การทำบุญ การจัดกิจกรรมใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เช่น ฝึกอาชีพเพื่อหารายได้

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ การสร้างและพัฒนา เช่นสนับสนุนวิทยากร เงิน อุปกรณ์แก่ชุมชนและสถานศึกษาเป็นพี่เลี้ยง/ที่ปรึกษาในการจัดตั้งชมรม เปิดโอกาสให้ผู้ที่ผ่านการบำบัดเข้าทำงานได้ฯลฯ

๕. สูตรการคำนวณ: ไม่มี

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	- มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ - มีการประชุมคณะกรรมการฯ และ มีแผนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน (๓ ก ๓ ย) - มีดำเนินการสร้างแกนนำ TO BE NUMBER ONE ในทุกประเภทชมรม (อย่างน้อยประเภทละ ๑ ชมรม)
๒	- สนับสนุนสมาชิก และชมรม TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ในระดับจังหวัด - มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในโรงเรียน
๓	- สนับสนุนสมาชิก และชมรม TO BE NUMBER ONE เข้าร่วมกิจกรรม TO BE NUMBER ONE ในระดับภาค
๔	- มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE ในงานมหกรรมประเทศ
๕	-ทุกอำเภอมีชมรมเข้าร่วมประกวดระดับจังหวัด ในโรงเรียน ชุมชน -ประชุมคณะกรรมการเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE -ชมรม TO BE NUMBER ONE ได้รางวัลระดับประเทศ (อย่างน้อย ๑ ชมรม) หมายเหตุ : ไม่รวมชมรมที่ได้เข้าระดับประเทศแล้ว

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ระดับ ๑	-	ระดับ ๒	-	ระดับ ๓

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	แต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ	คำสั่ง	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	๑.ประชุมคณะกรรมการฯและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน (๓ ก ๓ ย) ๒.มีแผนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ	รายงานการประชุม / แผนการดำเนินงาน	เท่ากับ ๒ คะแนน
๓	๓.ดำเนินการสร้างแกนนำ TO BE NUMBER ONE ๔.มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ	สรุปการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม	เท่ากับ ๒ คะแนน

๗.๑) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	แต่งตั้งคณะกรรมการ TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ	คำสั่ง	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	๑.ประชุมคณะกรรมการฯและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามแผน (๓ ก ๓ ย) ๒.มีแผนการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE ระดับอำเภอ	รายงานการประชุม / แผนการดำเนินงาน	เท่ากับ ๑ คะแนน
๓	๓.ดำเนินการสร้างแกนนำ TO BE NUMBER ONE ๔.มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE ในระดับอำเภอ	สรุปการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม	เท่ากับ ๑ คะแนน
๔	๑.ขับเคลื่อนการดำเนินงาน ศูนย์เพื่อนใจ TO BE NUMBER ONE ในชมรม ๒.มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE ในระดับจังหวัด	สรุปการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม	เท่ากับ ๑ คะแนน
๕	๑.มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดกิจกรรมของชมรม TO BE NUMBER ONE ในระดับภาค ๒.ประชุมคณะกรรมการเพื่อสรุปผลการดำเนินงาน TO BE NUMBER ONE	สรุปการดำเนินงานพร้อมรูปการทำกิจกรรม/รายงานการประชุม	เท่ากับ ๑ คะแนน

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในอดีต ปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒**
ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE (KPI)	ชมรมที่เข้าร่วมประกวดระดับภาค	ชมรมในสถานศึกษา	ชมรมในสถานศึกษา	ชมรมในสถานศึกษา
		ชมรมในชุมชน	ชมรมในชุมชน	ชมรมในชุมชน
		ชมรมในสถานประกอบการ	ชมรมในสถานประกอบการ	ชมรมในสถานประกอบการ
		ชมรมในเรือนจำ	ชมรมในเรือนจำ	ชมรมในเรือนจำ

๙.แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

แหล่งข้อมูล : แบบรายงาน / ระบบฐานข้อมูลสมาชิก

วิธีการจัดเก็บข้อมูล: แบบรายงานการขับเคลื่อนการดำเนินงาน โครงการ TO BE NUMBER ONE จังหวัดสิงห์บุรี

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางวันดี วิรัสสะ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๒๗

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นางสาวภาณุมาศ เรือนหลวง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๒๖๖๙ ๑๙๒๒

หน่วยงาน: กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่: ๔ ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ ๕๐)

๒. หน่วยวัด: ร้อยละ

๓. น้ำหนัก: ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย: **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

ชมรมผู้สูงอายุ หมายถึง ชมรมที่จัดตั้งขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้การดูแลของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร อยู่ภายใต้การดูแลของศูนย์บริการสาธารณสุข

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านร่างกาย หมายถึง ***พฤติกรรมสุขภาพในระหว่าง ๖ เดือนที่ผ่านมา***

ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัว ดังต่อไปนี้

๑. มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วัน ครั้งละ ๓๐ นาที หรือ มีกิจกรรมทางกายสะสม ๑๕๐ นาที / สัปดาห์

๒. รับประทานผัก ผลไม้สด เป็นประจำ

๓. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว

๔. ไม่สูบบุหรี่ /ไม่สูบยาเส้น

๕. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาดองเหล้า)

หมายเหตุ:

๑. ผ่านการประเมินทั้ง ๕ ข้อ ถือว่าผ่านการประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

๒. กิจกรรมทางกายคือการเคลื่อนไหวของร่างกายเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อและทำให้ร่างกายมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากขณะพัก ประกอบด้วย **การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน** เช่น การทำงานบ้าน การทำงานอาชีพที่ต้องใช้แรงกาย การเดินทางด้วยจักรยานหรือเดินทาง เดินขึ้นบันได และกิจกรรมยามว่าง เช่น ออกกำลังกาย เล่นกีฬา วิ่ง ปั่นจักรยาน และการท่องเที่ยว (ที่มา: แผนการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย พ.ศ.๒๕๖๑-๒๕๗๓)

๓. รับประทานผัก เป็นประจำ (ผัก ๑ ส่วน หมายถึง ผักสุก ๑ ทัพพี ผักสด ๒ ทัพพี)

๔. รับประทานผลไม้สด เป็นประจำ (ผลไม้ ๑ ส่วน หมายถึง ผลไม้ ๖ - ๘ ชิ้นคำ)

๕. อ้างอิงดัชนีที่ ๘ ตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ.๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑ พ.ศ.๒๕๕๒

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านจิตใจ หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เข้าร่วมกิจกรรมสร้างสุข ๕ มิติในชมรมผู้สูงอายุ ได้รับการประเมินสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ฉบับสั้น และมีผลคะแนนสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปถึงสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (คะแนน ๔๓ คะแนนขึ้นไป)

กิจกรรมสร้างสุข ๕ มิติ หมายถึง การจัดกิจกรรมในการพัฒนาความสุขทั้ง ๕ ด้าน ให้กับผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ตามเทคโนโลยีการจัดกิจกรรมสร้างสุข ๕ มิติ ประกอบด้วย

๑. สุขสบาย (Happy Health) กิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง คล่องแคล่ว ชะลอความเสื่อมและคงสมรรถภาพทางกายให้นานที่สุด

๒. สุขสนุก (Recreation) กิจกรรมนันทนาการที่สร้างความสดชื่น สร้างพลังความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์ เพื่อลดความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวล

๓. สุขสง่า (Integrity) กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ตระหนักถึงคุณค่าในตนเอง มีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม และเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก

๔. สุขสว่าง (Cognition) กิจกรรมที่ช่วยชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบความจำ การมีสติ การคิดอย่างมีเหตุผล และการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ อย่างมีประสิทธิภาพ

๕. สุขสงบ (Peacefulness) กิจกรรมการรับรู้เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ สามารถจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้ และสามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ (ตาม Flowchart)

<u>ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต</u> หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่มีผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบ ๒ คำถาม (๒Q) ผิดปกติ (ตั้งแต่ ๑ คะแนนขึ้นไป) จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานครใช้ข้อมูลจากสำนักอนามัย

<u>การดูแลทางสังคมจิตใจ</u> หมายถึง การดูแลแบบองค์รวมทั้งทางด้านจิตใจ อารมณ์สังคมและจิตวิญญาณตามชุดความรู้การดูแลด้านสังคมจิตใจผู้สูงอายุป่วยเรื้อรังที่ติดบ้าน ติดเตียง ประกอบด้วย

๑. การสังเกตดูแลใจอย่างองค์รวม เป็นการสังเกตด้วยความใส่ใจ ถึงสิ่งแวดล้อม ร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรมของผู้สูงอายุมองให้เห็นสิ่งที่เป็นอันตราย ความเสี่ยง

๒. การใส่ใจเข้าใจปัญหา การใช้ทักษะการถาม การฟังอย่างใส่ใจ เข้าใจ เห็นอกเห็นใจ ฟังด้วยใจ หรือการใช้แบบคัดกรองทางสุขภาพจิตเพื่อให้รับทราบถึงปัญหาและให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม

๓. การเสริมสร้างดูแลใจ การให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบทั้งทางด้านสังคม อารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยการใช้ทักษะการฟังเพื่อให้ผู้สูงอายุได้ระบาย การพูดคุยให้กำลังใจ การสื่อสารเพื่อสร้างคุณค่า และการปรับความคิดของผู้สูงอายุ

๔. การส่งต่อเชื่อมโยง โดยประสานหน่วยงานหรือแหล่งที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตามสภาพปัญหาและอาการที่พบ (ตาม Flowchart)

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพจากทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

๒. เพื่อให้บริการดูแลด้านสาธารณสุขถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพ และชุดสิทธิประโยชน์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีเข้าถึงบริการ อย่างถ้วนหน้าและเท่าเทียม เป็นการสร้างสังคมแห่งความเอื้ออาทร และสมานฉันท์

๓. สามารถลดภาระงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในสถานพยาบาลเพิ่มทักษะในการจัดการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วม

๔. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ /โรงเรียนผู้สูงอายุและชุมชน

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑. ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป

๒. ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต (ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ที่มีผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า แบบ ๒ คำถาม (๒Q) ผิดปกติ (ตั้งแต่ ๑ คะแนนขึ้นไป) จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC)

๕. สูตรการคำนวณ:

รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง
รายการข้อมูล ๑	C = จำนวนผู้สูงอายุที่คัดกรอง
รายการข้อมูล ๒	D = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	
๑.ร้อยละผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	= (A/B) x ๑๐๐
๒.ร้อยละผู้สูงอายุที่คัดกรอง	= (C/D) x ๑๐๐

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมาย แต่ละระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	๑.หน่วยบริการสาธารณสุข โหลด Application Health For You (H๔U) กรมอนามัย ๒.คีย์ข้อมูลคัดกรองผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างน้อยร้อยละ ๒๐ ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ๓.ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๒๐
๒	๑.หน่วยบริการสาธารณสุข โหลด Application Health For You (H๔U) กรมอนามัย แล้วคีย์ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างน้อยร้อยละ ๔๐ ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ๒.ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๓๐ ๓.นำผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
๓	๑.หน่วยบริการสาธารณสุข โหลด Application Health For You (H๔U) กรมอนามัย แล้วคีย์ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างน้อยร้อยละ ๗๐ ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ๒.ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๔๐ ๓.นำผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๔.มีการทำ Wellness Care Plan ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๑๐
๔	๑.หน่วยบริการสาธารณสุข โหลด Application Health For You (H๔U) กรมอนามัย แล้วคีย์ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างน้อยร้อยละ ๘๐ ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ๒.ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ร้อยละ ๕๐ ๓.นำผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๔.มีการทำ Wellness Care Plan Plan ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๒๐
๕	๑.หน่วยบริการสาธารณสุข โหลด Application Health For You (H๔U) กรมอนามัย แล้วคีย์ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างน้อยร้อยละ ๙๐ ของผู้สูงอายุในพื้นที่ ๒.ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ มากกว่าร้อยละ ๕๐ ๓.นำผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ๔.มีการทำ Wellness Care Plan Plan ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงร้อยละ ๓๐

หน่วยวัด	คะแนนตามระดับคะแนนค่าเป้าหมาย				
	๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ระดับ	๑	๒	๓	๔	๕
คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

๗.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

รอบการประเมิน	**ค่าคะแนนที่ได้**				
	๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
รอบ ๖ เดือน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
รอบ ๑๒ เดือน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕

เอกสารประกอบการประเมิน

๑.จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่

๒.จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ (จาก Application Health For You (H๔U) ที่คีย์ข้อมูลไว้

๓.จำนวนผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (จาก Application Health For You (H๔U) ที่คีย์ข้อมูลไว้

เกณฑ์เป้าหมาย

เป้าหมาย	หน่วยนับ	ปี ๒๕๖๔	ปี ๒๕๖๕	ปี ๒๕๖๖
ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	๕๐	๕๕	๖๐

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.			
		๒๕๖๐	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒**	**๒๕๖๓**
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	ร้อยละ	๒๗.๘ (จากการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ	๕๔.๔ (จากการสำรวจของกรมอนามัย)	๕๒ (จากการสำรวจของกรมอนามัย)	๒๘.๔๙ (จากการสำรวจของกรมอนามัย)
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านจิตใจ (ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตดี)				รอผล	

๙. แหล่งข้อมูล

๑ .แบบคัดกรองพฤติกรรมผ่านระบบ Application Health For You (H๔U) กรมอนามัย

๒. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

๓. คู่มือแนวทางการดำเนินงานอำเภอสุขภาพดี ๘๐ ปี ยังแจ๋ว

๔. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

๕. พิจารณาจากคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC)

๖. ผลการสำรวจสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยวิธีการทางสถิติ

วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

๑. หน่วยบริการสาธารณสุข โหลด Application Health For You (H๔U) กรมอนามัย แล้วคีย์ข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างน้อยร้อยละ ๘๐

๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ดึงข้อมูลหน่วยบริการคีย์ด้วย Password ของจังหวัดแล้ววิเคราะห์การดำเนินงานในรอบเดือนแจ้งให้หน่วยบริการในพื้นที่ทราบผ่าน Line กลุ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อร่วมพัฒนาการดำเนินงานร่วมกัน

๓. หน่วยบริการนำข้อมูลผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์เข้าสู่กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือทำแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี Wellness Care Plan

๔. รายงานข้อมูลทาง E-mail หรือ ส่งข้อมูลผ่าน คบสอ.ตามรอบการรายงาน ๓, ๖, ๙, ๑๒ เดือน

๕. คบสอ. รายงานตามระบบเข้าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามรอบการรายงานฯ

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางวันดี วิรัสสะ หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๒๗

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายสมพล พวงจันทร์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๓๒๕ ๓๓๔๒

หน่วยงาน : กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สุขภาพจิตและยาเสพติด

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ : **๕ ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง**

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๘

๔. คำอธิบาย :

การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หมายถึง การดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสู่การปฏิบัติ โดยการสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในพื้นที่รับผิดชอบ สามารถควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตได้ดี รวมทั้งได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยงที่พบ เพื่อลดการป่วยและอาการแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดสิงห์บุรี เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ

ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่มีโรคร่วม ที่มีค่าระดับ น้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๗ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ หรือผู้ป่วยเบาหวานที่มีโรคร่วม* ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด HbA๑c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่า ๘ mg% ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์

*หมายเหตุ : รหัส ICD ๑๐ ที่เป็นโรคร่วม ได้แก่

๑.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจขาดเลือด I๒๐-I๒๕

๒.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหัวใจล้มเหลว I๕๐

๓.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคหลอดเลือดสมอง I๖๐-I๖๙

๔.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๔-๕ N๑๘.๔-N๑๘.๕

๕.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐-E๑๔ (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ร่วมกับรหัสโรคลมชักชนิดต่อเนื่อง G๔๐-G๔๑

ผู้ป่วยเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยด้วยรหัสโรค ICD๑๐ = E๑๐ - E๑๔ และ Type area = ๑ และ ๓

ระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ดี หมายถึง ค่าระดับความดันโลหิต ๒ ครั้งสุดท้าย(SBP/DBP) น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท. (ให้ใช้ข้อมูลจากแฟ้ม CHRONICFU) ในปีงบประมาณที่วิเคราะห์ ทั้งนี้ ไม่ว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงจะมีโรคเบาหวานร่วมด้วยหรือไม่

ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคด้วยรหัส = I๑๐ - I๑๕ และ Type area = ๑ และ ๓

ผู้ที่ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ -E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐ -I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า

หมายเหตุ : รหัส ICD๑๐ ที่จะนำมาประเมิน CVD Risk ได้แก่ ๑.รหัสโรคเบาหวาน E๑๐. -E๑๔. (นับทุกจุดที่ตามหลังรหัส) ยกเว้น รหัส E๑๐. -E๑๔. ร่วมกับ I๖๐ –I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type) ๒.รหัสโรคความดันโลหิตสูง I๑๐ –I๑๕ ยกเว้นรหัส I๑๑.๐, I๑๑.๙, I๑๓.๐, I๑๓.๑, I๑๓.๒,I๑๓.๙ และรหัส I๑๐ –I๑๕ ร่วมกับ I๖๐ –I๖๙ ในทุกประเภทการวินิจฉัย (Dx type)

ผู้ป่วยเบาหวาน และ/หรือ ความดันโลหิตสูงที่มี CVD Risk ≥ ๒๐% ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความเสี่ยง หมายถึง ผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ -E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐ -I๑๕) ปี ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้าที่มีระดับความเสี่ยง CVD Risk ≥ ๒๐% รายละเอียดดังเอกสารแนบท้าย

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

๕.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐

๕.๒ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐

๕.๓ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๖. วัตถุประสงค์ : เพื่อลดการป่วยและอาการแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดสิงห์บุรี เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC)

๘. แหล่งข้อมูล : HDC และรายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม

๙. สูตรการคำนวณ:

๙.๑ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี สูตรคำนวณ (A๑/B๑) x๑๐๐

A๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ระดับค่าน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้

B๑ = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

๙.๒ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี สูตรคำนวณ (A๒/B๒) x๑๐๐

A๒ = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด

B๒ = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ลงทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด

๙.๓ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สูตรคำนวณ (A๓/B๓) x๑๐๐

A๓ = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ ได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) ใน ๑๐ ปีข้างหน้า

B๓ = จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวาน (E๑๐ - E๑๔) ความดันโลหิตสูง (I๑๐-I๑๕) อายุ ๓๕-๖๐ ปี ที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๒	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๓	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๔	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๕	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ระดับ	การดำเนินงาน
๑	- มีการประชุมในรูปแบบคณะกรรมการ และมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ
๒	-มีแผนปฏิบัติการและการประเมินผลการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๔
๓	-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐ -ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๕ -ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐
๔	-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๕ -ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๐ -ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐
๕	-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๐ -ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๕ -ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐

การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ระดับ	การดำเนินงาน
๑	- มีการประชุมในรูปแบบคณะกรรมการ และมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ
๒	-มีแผนปฏิบัติการและการประเมินผลการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ปี ๒๕๖๔
๓	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๐ -ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๕ -ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐
๔	ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๐ -ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๕ -ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐
๕	-ผู้ป่วยโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ -ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ -ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

Baseline data	ผลการดำเนินงานในนรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๖๑	**๒๕๖๒**	**๒๕๖๓**
๑.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานควบคุมน้ำตาลได้ดี	๓๘.๐๗	๓๔.๑๑	๓๕.๓๔
๒.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงควบคุมความดันโลหิตได้ดี	๔๙.๘๓	๔๑.๓๗	๔๐.๒๘
๓.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) และได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	๘๘.๘๐	๘๘.๑๙	๗๗.๕๒

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายก่อศักดิ์ จันทรวิจิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๕๐ ๔๘๔๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายวันเฉลิม สมัครวงษ์. หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๘๑๒ ๘๗๐๑

หน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

เอกสารประกอบตัวชี้วัด

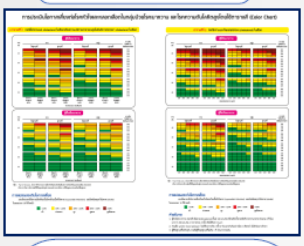
เป้าหมายผลลัพธ์การบริการและจัดการตนเองเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

Metabolic risk factors		
เป้าหมาย	DM	HT
ความดันโลหิตตัวบน (มม.ปรอท)	น้อยกว่า 140	
ความดันโลหิตตัวล่าง (มม.ปรอท)	น้อยกว่า 90	
FCG/FPG ตามระดับความควบคุม (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	- 70 – 110 (เข้มงวดมาก) -90 – <130 (เข้มงวด) - <150 (ไม่เข้มงวด)	70 – 99
ไขมันในเลือด		
คอเลสเตอรอลรวม (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	-กลุ่มเสี่ยงปานกลาง Risk<20% ไม่ควรเกิน 280 -กลุ่มเสี่ยงสูงและกลุ่มเสี่ยงสูงมาก ไม่ควรเกิน 200	
LDL คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	-กลุ่มเสี่ยงปานกลาง Risk<20% ไม่ควรเกิน 160 -กลุ่มเสี่ยงสูง Risk 20–<30% ไม่ควรเกิน 100 -กลุ่มเสี่ยงสูงมาก Risk≥30% ไม่ควรเกิน 70	
HDL คอเลสเตอรอล (มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร)	ควรสูงกว่า 50 ในผู้หญิง ควรสูงกว่า 40 ในผู้ชาย	
ไตรกลีเซอไรด์	ไม่ควรเกิน 150 มิลลิกรัมต่อเดซิลิต	

Behavior risk factors		
เป้าหมาย	DM	HT
การสูบบุหรี่	งดสูบและตมควันบุหรี่	
น้ำหนักและรอบเอว	BMI18.5 – 22.9 กก./ม^2 หรือใกล้เคียง รอบเอว ผู้หญิง ไม่เกิน 80 ซม. หรือ 32 นิ้ว -ชาย ไม่เกิน 90 ซม.หรือ 36 นิ้ว	
ออกกำลังกาย	หนักระดับปานกลาง 30 นาทีต่อครั้ง 5 ครั้งต่อสัปดาห์	
การบริโภคอาหาร	ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผักและผลไม้	
แอลกอฮอล์	หยุดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในรายที่หยุดดื่มไม่ได้ แนะนำให้ลดการดื่มลง (ผู้ชาย ≤ 2 หน่วยมาตรฐาน ; ผู้หญิง ≤ 1 หน่วยมาตรฐาน)	

แนวทางการจัดบริการลดปัจจัยเสี่ยงหลังการประเมิน CVD Risk ในคลินิกบริการ

ชุดบริการ



ประเมิน CVD Risk -ข้อมูล ดังนี้

1. ชื่อ-สกุล
2. อายุ
3. เพศ
4. การสูบบุหรี่
5. การป่วยเป็นโรคเบาหวาน
6. ระดับความดันโลหิต
7. ค่าไขมันในเลือด(Cholesterol)
8. รอบเอว
9. ส่วนสูง(เซนติเมตร)

ระดับความเสี่ยง

กลุ่มเสี่ยงปานกลาง <20%

กลุ่มเสี่ยงสูง 20%–30%

กลุ่มเสี่ยงสูงมาก ≥30%

การจัดบริการตามระดับความเสี่ยง

- ให้สุขศึกษาตามปัจจัยเสี่ยงรายกลุ่มหรือรายบุคคลตามศักยภาพของสถานบริการ
- ติดตามรายปัจจัยเสี่ยงทุก 6 เดือน
- ติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำ ภายใน 1 ปี

- ให้สุขศึกษาตามปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล
- ติดตามรายปัจจัยเสี่ยงทุก 3 เดือน
- ติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำ ภายใน 6 เดือน
- รับคำปรึกษาในการอดบุหรี่ อดเหล้า ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- ให้สุขศึกษาตามปัจจัยเสี่ยงรายบุคคลอย่างเข้มข้นและรีบด่วน ภายใน 1 เดือน
- ติดตามรายปัจจัยเสี่ยงทุก 1 เดือน
- ติดตามประเมิน CVD Risk ซ้ำ ภายใน 3 เดือน
- ส่งต่อเข้ารับบริการเฉพาะตามปัจจัยเสี่ยง เช่น คลินิกอดบุหรี่ คลินิกอดเหล้า คลินิกDPAC

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ : **๖ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง (มะเร็งเต้านม/มะเร็งปากมดลูก/มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง)**

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๘

๔. คำอธิบาย :

กลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม คือ สตรี อายุ ๓๐-๗๐ ปี

การดำเนินงานเฝ้าระวังมะเร็งเต้านม หมายถึง การเฝ้าระวังและป้องกัน โรคมะเร็งเต้านม โดยการคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก โดยการให้สตรีเป้าหมายในเขตรับผิดชอบได้รับความรู้และตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยรูปแบบการให้บริการ การรณรงค์ รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค การส่งต่อสตรีที่ตรวจเต้านมพบความผิดปกติเข้ารับการวินิจฉัยโรค และการให้บริการรักษาผู้ป่วยตามมาตรฐาน

กลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังโรคมะเร็งปากมดลูก คือ สตรี อายุ ๓๐-๖๐ ปี

การเฝ้าระวังโรคมะเร็งปากมดลูก หมายถึง การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยการคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรก ด้วยวิธี HPV DNA Test โดยเจ้าหน้าที่จะทำการเก็บเซลล์บริเวณปากมดลูกด้วยอุปกรณ์เฉพาะจากนั้นใส่ลงขวดน้ำยา แล้วรวบรวมตัวอย่างส่งให้โรงพยาบาลหรือหน่วยงานที่มีเครื่องมือทดสอบผลทางห้องปฏิบัติการ รวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน

กลุ่มเป้าหมายในการเฝ้าระวังโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง คือ ประชาชน อายุ ๕๐-๗๐ ปี

การเฝ้าระวังโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หมายถึง การเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง โดยการคัดกรองค้นหาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในระยะเริ่มแรกด้วยวิธีการคัดกรองด้วยวาจา (Verbal Screening) และวิธี Fecal Immunochemical Test (FIT) โดยการเก็บอุจจาระ ทำการย้อมสีและอ่านผลโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรวมทั้งการให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง การปฏิบัติตนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคและการส่งต่อผู้ที่พบความผิดปกติเพื่อการรักษาตามมาตรฐาน

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

๕.๑ ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๕.๒ ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ (ในปี ๒๕๖๓-๒๕๖๗ กำหนดการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสะเสมเพิ่มขึ้น ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๒๐ ต่อปี)

๕.๓ ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๕.๔ ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening และมีประวัติเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐

๕.๕ ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐

๖. วัตถุประสงค์ :

๖.๑ เพื่อคัดกรองโรคมะเร็งระยะเริ่มแรกในประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๖.๒ ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๗.๑ บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม เข้าระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๗.๒ บันทึกข้อมูลผ่านระบบติดตามประมวลผลตัวชี้วัด COCKPIT สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

๘. แหล่งข้อมูล :

๘.๑ ระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข

๘.๒ ระบบติดตามประมวลผลตัวชี้วัด COCKPIT สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

๙. สูตรการคำนวณ:

๙.๑ ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

สูตรคำนวณ (A๑/B๑) x๑๐๐

A๑ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งเต้านม

B๑ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐-๗๐ ปี ทั้งหมด

๙.๒ ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

สูตรคำนวณ (A๒/B๒) x๑๐๐

A๒ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

B๒ = จำนวนสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ ๓๐-๖๐ ปี ทั้งหมด

๙.๓ ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening สูตรคำนวณ (A๓/B๓) x๑๐๐

A๓ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening

B๓ = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ทั้งหมด

๙.๔ ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test สูตรคำนวณ (A๔/B๔) x๑๐๐

A๔ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal screening และมีประวัติเสี่ยงได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test

B๔ = จำนวนประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่คัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal screening และมีประวัติเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ทั้งหมด

๙.๕ ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา

สูตรคำนวณ (A๕/B๕) x๑๐๐

A๕ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา

B๕ = จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมายที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติทั้งหมด

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๒	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๓	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๔	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๕	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ระดับ	การดำเนินงาน
๑	- มีการประชุมในรูปแบบคณะกรรมการ และมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ
๒	- มีแผนปฏิบัติการและการประเมินผลการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง ปี ๒๕๖๔ - มีแผนการส่งต่อผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการคัดกรองมะเร็งเพื่อรักษาตามมาตรฐาน
๓	-ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ -ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๔ -ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ -ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐
๔	-ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๕ -ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒๗ -ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ -ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening และมีประวัติเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ -ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐

ระดับ	การดำเนินงาน
๕	-ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ -ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๐ -ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ -ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening และมีประวัติเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ -ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐

การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ระดับ	การดำเนินงาน
๑	- มีการประชุมในรูปแบบคณะกรรมการ และมีหลักฐานแสดงให้เห็นว่ามีการขับเคลื่อนนโยบายสู่การปฏิบัติ
๒	- มีแผนปฏิบัติการและการประเมินผลการเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง ปี ๒๕๖๔ - มีแผนการส่งต่อผู้ป่วยที่พบความผิดปกติจากการคัดกรองมะเร็งเพื่อรักษาตามมาตรฐาน
๓	-ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ -ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๐ -ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening และมีประวัติเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐ -ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐
๔	-ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ -ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๓๕ -ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening และมีประวัติเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ -ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐

ระดับ	การดำเนินงาน
๕	-ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๗๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ -ประชากรสตรีที่มี อายุ ๓๐-๖๐ ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๔๐ -ประชากร อายุ ๕๐-๗๐ ปี ที่ได้รับการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี Verbal Screening และมีประวัติเสี่ยง ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ -ประชากรที่คัดกรองมะเร็งพบความผิดปกติได้รับการส่งต่อแพทย์ตรวจและรักษา ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

Baseline data	ผลการดำเนินงานในนรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๖๑	**๒๕๖๒**	**๒๕๖๓**
๑.ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม	๘๑.๘๓	๘๓.๔๓	๘๓.๒๒
๒.ร้อยละของประชากรสตรีกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก	ผลงาน ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๒ ร้อยละ ๖๘.๒๑		๑๘.๖๒
๓.ร้อยละของประชากรกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ด้วยวิธี FIT Test	๘๒.๕๓	๗๒.๐๓	๖๗.๒๒

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายก่อศักดิ์ จันทรวิจิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๕๐ ๔๘๔๒
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวณัฐณัญญา สมางชัย หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๓๕๓๖ ๕๖๕๓
หน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๗ ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

ชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุมชนที่สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ กลุ่มเป้าหมาย (เด็กวัยเรียน/กลุ่มวัยทำงาน ๑๕ ปีขึ้นไป) มีระดับความสามารถในการแสดงออกในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลความรู้และบริการสุขภาพด้านกาย และจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสถานบริการสาธารณสุขมีการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพที่มีคุณภาพ

ชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย

๑. ชุมชนที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคฯ ระดับดีเยี่ยม อย่างน้อย ๑ หมู่บ้าน/๑ ตำบล **เน้น** พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ๓อ. ๓ส. ในกลุ่มประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

๒. ชุมชนที่มีดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ ระดับดีเยี่ยม อย่างน้อย ๑ โรงเรียน/ตำบล และมี ยุว.อสม. โรงเรียนละ ๑๐ คน **เน้น** พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ๑๐ ประการ กลุ่มวัยเรียน

๓. รพ.สต. มีการดำเนินงานตามมาตรฐานสุขศึกษา ระดับคุณภาพ

๔. ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (เด็กวัยเรียน/กลุ่มวัยทำงาน ๑๕ ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ระดับดีขึ้นไป (คะแนนร้อยละ ๗๐)

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพที่ควรกระทำ และควรหลีกเลี่ยง ดังนี้

๑. กลุ่มวัยเรียน

พฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ๑๐ ประการ

พฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในเด็ก (ลดหวาน มัน เค็ม เพิ่มผัก ผลไม้ และออกกำลังกาย)

๒. กลุ่มประชาชนอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป

พฤติกรรมการป้องกันโรคไม่ติดต่อ ตามแนวทาง ๓อ. ๓ส.

๑. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กินผักหลากสีครึ่งกิโลกรัมต่อวัน และผลไม้สดที่ไม่มีน้ำตาลสูง (๓-๕ ส่วนต่อวัน) และลดการกินอาหารหวาน มัน เค็ม (๖:๖:๑)

๒. พฤติกรรมการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ ๕ วันๆละ อย่างน้อย ๓๐ นาที หรือรวมแล้วไม่น้อยกว่า ๑๕๐ นาทีต่อสัปดาห์

๓. พฤติกรรมการควบคุมอารมณ์ พักผ่อนให้เพียงพอ และรู้จักคลายเครียด

๔. พฤติกรรมการไม่สูบ/ไม่ลองสูบบุหรี่/ยาสูบ หรือเลิกสูบบุหรี่/ยาสูบ

๕. พฤติกรรมการไม่ดื่ม/ไม่ลองดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือเลิกดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

๖. ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุภาพ (ใช้ยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สวมหน้ากากอนามัย ล้างมือ) พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อ (สวมหน้ากาก อยู่ห่าง ล้างมือ)

๕.แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

แบบการประเมินการพัฒนา ของกองสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย

๑. แบบการประเมินการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

๒. แบบการประเมินการพัฒนาโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ

๓. แบบการประเมินการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานของระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา สำหรับ รพ.สต

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของกองสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วย

๑. แบบการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพประชาชนวัยทำงาน

๒. แบบการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียน

๖. สูตรการคำนวณ: ไม่มี

๗. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีการกำหนดแนวทาง /แผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ และมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ใน รพ.สต
๒	มีการขับเคลื่อนกิจกรรมตามเกณฑ์การประเมิน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ และมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ใน รพ.สต
๓	การดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับพัฒนา การดำเนินการโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ อยู่ในระดับพัฒนา การดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ใน รพ.สต อยู่ในระดับพื้นฐาน (การดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง)
๔	การดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีขึ้นไป การดำเนินการโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ อยู่ในระดับดีขึ้นไป การดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ใน รพ.สต อยู่ในระดับพัฒนาขึ้นไป
๕	มีชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างน้อย คปสอ.ละ ๑ แห่ง ซึ่งต้องประกอบด้วย การดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีเยี่ยม การดำเนินการโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ อยู่ในระดับดีเยี่ยม การดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ใน รพ.สต อยู่ในระดับคุณภาพ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (เด็กวัยเรียน/กลุ่มวัยทำงาน ๑๕ ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ระดับดีขึ้นไป (คะแนนร้อยละ ๗๐)

๘. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ระดับ ๑	-	ระดับ ๒	-	ระดับ ๓

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	มีการกำหนดแนวทาง /แผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ และมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ใน รพ.สต	แนวทาง/แผนงาน/โครงการ	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	มีการขับเคลื่อนกิจกรรมตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ และมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ใน รพ.สต	หลักฐานกิจกรรมตามเกณฑ์การประเมินฯ	เท่ากับ ๒ คะแนน
๓	การดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับพัฒนา การดำเนินการโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ อยู่ในระดับพัฒนา การดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ใน รพ.สต อยู่ในระดับพื้นฐาน (การดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง)	แบบประเมินฯ และผลการประมิน	เท่ากับ ๒ คะแนน

การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	มีการกำหนดแนวทาง /แผนงาน/โครงการขับเคลื่อนการดำเนินงาน หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ และมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ในรพ.สต	แนวทาง /แผนงาน/โครงการ	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	มีการขับเคลื่อนกิจกรรมตามเกณฑ์การประเมินหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ และมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ในรพ.สต	หลักฐานกิจกรรมตามเกณฑ์การประเมินฯ	เท่ากับ ๑ คะแนน
๓	การดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับพัฒนา การดำเนินการโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ อยู่ในระดับพัฒนา การดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ในรพ.สต อยู่ในระดับพื้นฐาน (การดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง)	แบบประเมินการพัฒนาฯและผลการประมิน	เท่ากับ ๑ คะแนน
๔	การดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีขึ้นไป การดำเนินการโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ อยู่ในระดับดีขึ้นไป การดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ในรพ.สต อยู่ในระดับพัฒนาขึ้นไป	แบบประเมินการพัฒนาฯและผลการประมิน	เท่ากับ ๑ คะแนน
๕	มีชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างน้อย คปสอ.ละ ๑ แห่ง ซึ่งต้องประกอบด้วย การดำเนินการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีเยี่ยม การดำเนินการโรงเรียนสุขบัญญัติแห่งชาติ อยู่ในระดับดีเยี่ยม การดำเนินการมาตรฐานระบบบริการสุขภาพด้านสุขศึกษา ใน รพ.สต อยู่ในระดับคุณภาพ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (เด็กวัยเรียน/กลุ่มวัยทำงาน ๑๕ ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ระดับดีขึ้นไป (คะแนนร้อยละ ๗๐)	แบบประเมินการพัฒนาฯและผลการประมิน แบบการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพและผลการประมิน	เท่ากับ ๑ คะแนน

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับอำเภอ	ระดับ	N/A	N/A	N/A

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางสาวอัญชลี ตรีลพ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๘๐ ๓๔๒๖
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวอัญชลี ตรีลพ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๘๐ ๓๔๒๖
หน่วยงาน : กลุ่มงานสื่อสารองค์กร

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : **๘ ร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกครัวเรือน มีการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะตามเกณฑ์ฯ**

๒. หน่วยวัด : ร้อยละ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๘

๔. คำอธิบาย :

ครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หมายถึง จำนวนครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกครัวเรือนในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี ทุกครัวเรือน (จำนวน ๔,๕๙๑ หลังคาเรือน)

การปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ เกณฑ์ฯ หมายถึง ครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ เกณฑ์ชี้วัดบ้านน่านอน ตามโครงการบ้านน่านอน เมืองน่าอยู่ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ ในองค์ประกอบ ๔ ด้าน จำนวน ๓๐ ข้อ ๆ ละ ๑ คะแนน เต็ม ๓๐ คะแนน

ด้านที่ ๑ ด้านสุขลักษณะทางกายภาพ

ด้านที่ ๒ สุขภาพอนามัย

ด้านที่ ๓ การพึ่งพาตนเองตามแนวทางเศรษฐกิจพอเพียง

ด้านที่ ๔ คุณธรรมจริยธรรมของคนในครอบครัว

และมีผลการประเมินฯ มีคะแนนผ่าน ระดับ B หมายถึง บรรลุผลร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

ระดับ A หมายถึง บรรลุผลร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป (ผ่านจำนวน ๒๗ ข้อขึ้นไป)

ระดับ B หมายถึง บรรลุผลร้อยละ ๘๐ - ๘๙ (ผ่านจำนวน ๒๓ – ๒๖ ข้อ)

ระดับ C หมายถึง บรรลุผลร้อยละ ๗๐ – ๗๙ (ผ่านจำนวน ๑๙ – ๒๒ ข้อ)

๕. สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่มีผลการประเมินฯ มีคะแนนผ่าน ระดับ B ขึ้นไป หมายถึง บรรลุผลร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป

B = จำนวนครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ทั้งหมด

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๒๐ ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔) ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๑๐ ต่อ ๑ คะแนน

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๖๐

การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔) ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ๒๐ ต่อ ๑ คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	**หน่วยวัด**	**ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.**		
		๒๕๖๐	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒**
ร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนครัวเรือนอาสาสมัครสารารณสุขประจำหมู่บ้านทุกครัวเรือน มีการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะตามเกณฑ์ฯ (จำนวน ๔,๕๙๑ ครัวเรือน)	ร้อยละ	Na	Na	Na

๙. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

๑.แบบสรุปรายงาน ตามแบบประเมินเกณฑ์ชี้วัดบ้านน่านอน ตามโครงการบ้านน่านอน เมืองน่าอยู่ฯ ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่งคงของมนุษย์จังหวัดสิงห์บุรี

๒.รายงานผลการตรวจประเมินฯ คณะทำงานโครงการบ้านน่านอน เมืองน่าอยู่ฯ ของคณะทำงานระดับอำเภอ

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายอัครเดช ภักดีรักษ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๒๔, ๐๘ ๗๑๒๐ ๓๐๑๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายกิตติคุณ บัวศรีพันธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๒๔, ๐๘ ๙๗๔๑ ๔๕๖๘

หน่วยงาน : กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๙ อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี

๒. หน่วยวัด : ร้อยละ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

ผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (DF, DHF) หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ว่าป่วยด้วยไข้เลือดออก

ประชากรกลางปี หมายถึง จำนวนประชากรของแต่ละปี เป็นประชากรกลางปี (๑ กรกฎาคม) ของปีนั้นๆ คำนวณจากจำนวนประชากรประกาศสำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง

มีตัวชี้วัดกิจกรรม (PI) ดังนี้

๑. ร้อยละ ๘๐ ของหมู่บ้านและชุมชน มีค่า HI ≤๕

๒. ร้อยละ ๘๐ ของวัด, โรงเรียน, สถานที่ราชการ มีค่า CI= ๐

๓. ร้อยละ ๙๕ ของหมู่บ้านควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่เกิด Gen๒)

๕. สูตรการคำนวณ:

๑. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก

(A/B) x ๑๐๐,๐๐๐ A = จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก B = ประชากรกลางปี

๒. ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

(A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนหมู่บ้านที่สำรวจ มีค่า HI, CI เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด

B = หมู่บ้านที่สำรวจทั้งหมด

๓. หมู่บ้านที่ควบคุมโรคได้ (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนหมู่บ้านที่ควบคุมโรคได้ (ไม่เกิด Gen๒)

B = หมู่บ้านทั้งหมด

เกณฑ์การประเมิน ๑. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี ร้อยละ ๑๐

อัตราป่วย	คะแนน
< ร้อยละ ๑๐	๑๐
< ร้อยละ ๘ - ๙	๘
< ร้อยละ ๖ - ๗	๖
< ร้อยละ ๔ - ๕	๔
≤ ค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี	๒

เกณฑ์การประเมิน ๒ ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชนผ่านเกณฑ์ที่กำหนด

ค่า HI	คะแนน	ค่าCI	คะแนน
< ๕	๒.๕	= ๐	๒.๕
๕-๑๐	๒	>๐	๐
>๑๐	๐	-	-

เกณฑ์การประเมิน ๓ ร้อยละของหมู่บ้านที่ควบคุมโรคได้ (ไม่เกิด Gen๒)

ร้อยละของหมู่บ้าน	คะแนน
ร้อยละ ๙๗ - ๑๐๐	๕
ร้อยละ ๙๔ - ๙๖.๙๙	๔
ร้อยละ ๙๐ - ๙๓.๙๙	๓
ร้อยละ ๘๐ - ๘๙.๙๙	๒
< ร้อยละ ๘๐	๑

การแปลผล : นำคะแนนที่ได้ทั้ง ๓ ตัวชี้วัดมารวมกันแล้วแปลผลตามเกณฑ์ ดังนี้

คะแนนรวม	**เท่ากับ**
๑๗ - ๒๐	๕
๑๓ – ๑๖	๔
๙ – ๑๒	๓
๕ – ๘	๒
๑ - ๔	๑

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ... ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
คะแนนรวม ๑ - ๔	คะแนนรวม ๕ – ๘	คะแนนรวม ๙ – ๑๒	คะแนนรวม ๑๓ – ๑๖	คะแนนรวม ๑๗ - ๒๐

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑)การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
คะแนนรวม ๑ - ๔	คะแนนรวม ๕ – ๘	คะแนนรวม ๙ – ๑๒	คะแนนรวม ๑๓ – ๑๖	คะแนนรวม ๑๗ - ๒๐

๗.๒)การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
คะแนนรวม ๑ - ๔	คะแนนรวม ๕ – ๘	คะแนนรวม ๙ – ๑๒	คะแนนรวม ๑๓ – ๑๖	คะแนนรวม ๑๗ - ๒๐

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
๑.อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง ต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี ร้อยละ ๑๐	ต่อแสน	๒๖.๗	๑๓๓	๒๗๓
๒.ร้อยละของหมู่บ้านและชุมชนวัด, โรงเรียน, สถานที่ราชการ มีค่า HI ≤๕, CI = ๐	ร้อยละ	N/A	๘๕.๖	๘๓.๓
๓.ร้อยละของหมู่บ้านควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ (ไม่เกิด Gen๒)	ร้อยละ	N/A	๙๘.๖๘	๙๗.๑

๙. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

๙.๑.รง.๕๐๖ และรายงานแบบสอบสวนโรค จากงานระบาดวิทยา

๙.๒.ค่า HI, CI จากการประเมินโดยคณะติดตามประเมินค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายระดับจังหวัดตามแผนที่กำหนด

๑๐.ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายสมควร เสนลา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๙๑ ๗๖๐๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางพัชร์วสา กวีวัจน์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๓๐๓๗ ๘๓๖๔

หน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๐ ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ มากกว่าร้อยละ ๘๕

๒. หน่วยวัด : ร้อยละ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

๑. ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน (ไม่ว่าจะเป็นวัณโรคปอด หรือวัณโรคนอกปอด, B+ หรือ B-) และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติ

๒. ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินผลว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ (ไม่ว่าจะเป็นวัณโรคปอด หรือวัณโรคนอกปอด, B+ หรือ B-)

๓. การรักษา หมายถึง การขึ้นทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรคและติดตามผลการรักษา (ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔) โดยเป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน

๕. สูตรการคำนวณ:

ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ คำนวณจาก

A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ค้นพบและขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

B = จำนวนคาดประมาณการผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔) คิดจากอัตรา ๑๔๔ ต่อประชากรแสนคน

หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ... ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน				
๑	๒	๓	๔	๕
≤ ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐.๑-๗๕.๐	ร้อยละ ๗๕.๑-๘๐.๐	ร้อยละ ๘๐.๑-๘๕.๐	> ร้อยละ ๘๕

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
≤ ร้อยละ ๔๐	ร้อยละ ๔๐.๑-๔๕.๐	ร้อยละ ๔๕.๑-๕๐.๐	ร้อยละ ๕๐.๑-๕๕.๐	> ร้อยละ ๕๕

๗.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
≤ ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๗๐.๑-๗๕.๐	ร้อยละ ๗๕.๑-๘๐.๐	ร้อยละ ๘๐.๑-๘๕.๐	> ร้อยละ ๘๕

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	**๒๕๖๒**	**๒๕๖๓**
ความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	๖๕.๖	๕๑.๖	๕๐.๙

๙. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

บันทึกข้อมูลการคัดกรองกลุ่มเป้าหมาย ผ่านโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (โปรแกรม NTIP) หรือระบบการจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคผ่านระบบออนไลน์ หรือระบบรายงานผู้ป่วยที่ทางกรมควบคุมโรคกำหนด

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายสมควร เสนลา หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๙๑ ๗๖๐๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวสมปรารถนา มหาผล หมายเลขโทรศัพท์ : ๐๘ ๙๑๓๓ ๓๒๓๐

หน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๑ ระดับความสำเร็จของจังหวัด คปสอ. ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (คปสอ.)

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๘

๔. คำอธิบาย :

ระดับความสำเร็จของจังหวัดในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) และทีมศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) หมายถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ คปสอ.ทั้ง ๖ คปสอ.ในจังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ทุกภารกิจ ให้สามารถปฏิบัติงานได้จริง โดยดำเนินการตามเกณฑ์ที่กำหนดในขั้นตอนที่ ๑ - ๕

ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operations Center: EOC) หมายถึง สถานที่ที่ใช้ในการปฏิบัติงานร่วมกันของกลุ่มภารกิจต่างๆ ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ เพื่อสนับสนุนการบริหาร สั่งการ ประสานงาน แลกเปลี่ยนข้อมูล และทรัพยากรให้เกิดขึ้นอย่างสะดวกรวดเร็วในภาวะฉุกเฉิน ในที่นี้นอกเหนือจากจะหมายถึงห้องทำงานและอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำงานแล้ว ยังหมายรวมถึงระบบงาน และบุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงานในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขด้วย

การพัฒนาศูนย์ (EOC) หมายถึง การพัฒนาศูนย์ EOC เพื่อให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทุกโรคและภัยสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพ และปลอดภัย โดยมีการพัฒนา ๓ ด้าน ดังนี้

ด้านระบบงาน (System) หมายถึง ระบบงาน เช่น แผน มาตรฐานการปฏิบัติการ (SOP) งบประมาณ

ด้านอุปกรณ์ (Stuff) หมายถึงห้องสำหรับให้ทีมปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทำงาน มีโครงสร้างพื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ระบบข้อมูลที่มีความรวดเร็ว ถูกต้อง ทันสถานการณ์ สามารถเชื่อมโยงได้ระบบแสดงผลการประมวลข้อมูลข่าวสาร และระบบสื่อสาร

ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) หมายถึง หน่วยงานจะต้องกำหนดและมีการวางแผนแบ่งบุคลากรที่สามารถระดมมาช่วยดำเนินการในภาวะฉุกเฉินได้ ให้รับผิดชอบกลุ่มภารกิจต่างๆ อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการฝึกอบรมความรู้และทักษะเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้จริงเมื่อมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้น

All Hazards Plan (AHP) หมายถึง แผนปฏิบัติการควบคุมทุกโรคและภัยสุขภาพ สำหรับหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติเตรียมความพร้อมด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพได้ทันต่อสถานการณ์ และมีประสิทธิภาพ ใช้ในกรณีที่มีการประกาศภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

Incident Action Plan (IAP) หมายถึง แผนปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ที่กำหนดขึ้นโดยผู้บัญชาการเหตุการณ์ร่วมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ที่กำหนดเป้าหมาย ระยะเวลา ยุทธศาสตร์ และวิธีการปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน รวมทั้งหน่วยงานที่นำไปปฏิบัติ

All Hazards ได้แก่ ๑. Biological event (ภัยจากโรคติดเชื้อ) ๒. Chemical event (ภัยจากสารเคมี) ๓. Natural & Environment event (ภัยธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม) ๔. Explosion & Trauma event (ภัยจากอุบัติเหตุ/การบาดเจ็บ ภัยจากการก่อการร้าย/วินาศกรรม) ๕.Radiological event (ภัยจากรังสี)

DCIR (Director's Critical Information Requirement) หมายถึง เกณฑ์การรายงานเหตุการณ์และการออกดำเนินการสอบสวนโรคและภัยสุขภาพ

คปสอ. คปสอ.ทุกแห่งใน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน ๖ แห่ง

๕. เกณฑ์เป้าหมาย : คปสอ.ทุกแห่งใน จังหวัดสิงห์บุรี จำนวน ๖ แห่ง

๖. วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาระบบปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินที่สามารถรับมือภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (All Hazards)

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จากการประเมิน นิเทศติดตาม /จากรายงานผลการดำเนินงานระดับ คปสอ.

๘. แหล่งข้อมูล : จากสรุปผลการประเมิน นิเทศติดตาม /จากรายงานผลการดำเนินงานระดับ คปสอ

๙. สูตรการคำนวณ:

(A/B) x ๑๐๐
A = จำนวน คปสอ.ที่มี EOC ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง (ขั้นตอนที่ ๕)
B = จำนวน คปสอ.ทั้งหมด

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานแต่ละระดับ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๒	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๓	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๔	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๕	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๑๑.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	๒	๓	๔	๕
		ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงาน และ มีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) มี Area Commander มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ระดับ คปสอ.	• หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับคปสอ.	เท่ากับ ๓ คะแนน
๒	ผู้บริหารและ หัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับอำเภอทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) ผ่านระบบ ออนไลน์	•รายชื่อผู้ผ่านการอบรม	เท่ากับ ๑ คะแนน
๓	จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ ตามความเหมาะสม เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินในพื้นที่ คปสอ.	• สถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	เท่ากับ ๑ คะแนน

๑๑.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	๒	๓	๔	๕
ขั้นตอนที่ ๑	ขั้นตอนที่ ๒	ขั้นตอนที่ ๓	ขั้นตอนที่ ๔	ขั้นตอนที่ ๕

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงาน และ มีโครงสร้างระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS) รองรับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) มี Area Commander มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ระดับ คปสอ.	• หลักฐานคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ฉุกเฉินทางสาธารณสุข และศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับคปสอ.	เท่ากับ ๑ คะแนน

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๒	ผู้บริหารและ หัวหน้ากลุ่มภารกิจในระบบบัญชาการเหตุการณ์ระดับอำเภอทุกคนผ่านการอบรมหลักสูตรระบบบัญชาการเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (ICS สำหรับผู้บริหาร) ผ่านระบบ ออนไลน์	•รายชื่อผู้ผ่านการอบรม	เท่ากับ ๑ คะแนน
๓	จัดเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ ตามความเหมาะสม เพื่อรองรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินในพื้นที่คปสอ.	• สถานที่และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC)	เท่ากับ ๑ คะแนน
๔	ทีมตระหนักรู้สถานการณ์ (SAT) ระดับคปสอ. วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ได้ พร้อมเสนอผู้บริหารอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง ในที่ประชุม คปสอ. (กรณีปกติ) และสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง (กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน)	• รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่ได้ พร้อมเสนอผู้บริหารอย่างน้อยเดือนละ ๑ ครั้ง (กรณีปกติ) และสัปดาห์ละ ๑ ครั้ง (กรณีเกิดภาวะฉุกเฉิน) • มีรายงานการสอบสวนโรคหรือภัยสุขภาพ (all hazards) ฉบับสมบูรณ์อย่างน้อย คปสอ. ละ ๑ เรื่อง/ปี	เท่ากับ ๑ คะแนน
๕	เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับคปสอ.หรือการซ้อมระบบสั่งการภายใต้ระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในภาวะฉุกเฉินได้ทุกภัย (all hazards) อย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง (กรณีไม่มีเหตุการณ์ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขเกิดขึ้น ต้องกำหนดการซ้อมแผน ซึ่งอาจเป็นการซ้อมอภิปรายบนโต๊ะหรือฝึกปฏิบัติจริงตามผลการวิเคราะห์ความเสี่ยงด้านโรค/ภัยสุขภาพ ของหน่วยงาน)	• มีรายงานผลการซ้อมแผนหรือเปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ระดับ คปสอ.	เท่ากับ ๑ คะแนน

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
จังหวัดและ คปสอ.สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขได้	ร้อยละ.	๓ คปสอ. (ร้อยละ ๕๐)	๕ คปสอ. (ร้อยละ ๘๓)	๖ คปสอ. (ร้อยละ ๑๐๐)

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางศรีสุดา วัชรอาภาไพบูลย์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๒๐
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายถาวร ปานเพ็ชร์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๓๑๗ ๓๒๕๓
หน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๒ ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ หมายถึง การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด

อำเภอ หมายถึง หน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่

๕. เกณฑ์เป้าหมาย : อำเภอทุกอำเภอ (๖ อำเภอ) ผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐ (กสธ.ร้อยละ ๘๐)

๖. วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : การรายงาน

๘. แหล่งข้อมูล : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล

๙. สูตรการคำนวณ : ไม่มี

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ... ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	๑. มีการทบทวนและปรับปรุงคำสั่งคณะกรรมการ พชอ. ๒. มีการประชุมคณะกรรมการ พชอ.เพื่อวางแนวทางการดำเนินงานในปี ๒๕๖๔ และคัดเลือกประเด็นปัญหา/พัฒนาตามบริบทในพื้นที่ (ประเด็นปัญหาในพื้นที่ ๒ ประเด็นและประเด็นเรื่องโรคระบาด ไวรัสโคโรนา ๑ ประเด็น) ๓. จัดทำแผนแก้ไขปัญหา/พัฒนาตามประเด็นที่คัดเลือก (ประกอบด้วยวัตถุประสงค์/แผนขั้นตอน/เป้าหมาย วิธีการติดตามและประเมินผล)
๒	๑. แต่งตั้งคณะทำงานตามประเด็นปัญหา/พัฒนาตามบริบทในพื้นที่ ๒. มีการประชุมเพื่อวางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามประเด็นที่รับผิดชอบ ๓. คณะทำงานฯ ดำเนินงานตามแผนฯ โดยใช้ทรัพยากรร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ระดับคะแนน	เกณฑ์การให้คะแนน
๓	๑. คณะทำงานฯ มีการประเมินผลแต่ละประเด็นการดำเนินงานตาม UCCARE และรายงานให้คณะกรรมการ พชอ.ทราบ ๒. คณะทำงานฯ มีการทบทวนและปรับแผนในกรณีที่การดำเนินงานไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด
๔	๑. คณะกรรมการ พชอ.มีการเยี่ยมเสริมพลังในพื้นที่ ๒. มีผลลัพธ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีคุณภาพ โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาตามเกณฑ์ UCCARE ที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อทุกประเด็น
๕	๓. มีผลการดำเนินงานที่สอดคล้องกับเป้า แผน ปฏิบัติ ปรับ จนส่งผลต่อการจัดการดูแลตามบริบทของชุมชน ทุกประเด็นปัญหา

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๑๑.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
๑	๒	๓	๔	๕

๑๑.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
๑	๒	๓	๔	๕

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	**๒๕๖๒**	**๒๕๖๓**
ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ร้อยละ	๖๖.๖๗	๑๐๐	๑๐๐

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางวังจันทร์ กิตติภาดากุล หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๓๓๔ ๑๓๔๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายทรรศนะ เอมสมบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๐๕๘๐ ๖๔๙๒

หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดแบบผสมผสาน (Hybrid)

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๓ การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์จังหวัดสิงห์บุรี

๒. หน่วยวัด : ระดับของความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

๑.การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั่วไป หมายถึง โรงพยาบาลทั่วไป มีการจัดตั้งคลินิกกัญชา มีใบอนุญาต และกัญชาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล รวมทั้งให้คำปรึกษาผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้

๒.การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน หมายถึง โรงพยาบาลุมชน มีการจัดตั้งคลินิกกัญชา มีใบอนุญาต และให้คำปรึกษาผู้ใช้กัญชาทางการแพทย์ได้

๓.การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แพทย์แผนไทย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยประจำการ หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยประจำการ มีการจัดตั้งคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทย และมีใบอนุญาต

๔.การจัดตั้งคลินิกให้ปรึกษา หมายถึง การให้บริการคลินิกให้คำแนะนำเกี่ยวกับเรื่องกัญชาทางการแพทย์

๕.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการสนับสนุนการปลูกกัญชาทางแพทย์ร่วมกับวิสาหกิจชุมชน ๑ แห่ง/จังหวัด หมายถึง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดทำโครงการปลูกกัญชาทางการแพทย์ร่วมกับวิสาหกิจชุมชน

๕. สูตรการคำนวณ: A/B * ๑๐๐

A : คลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ (โรงพยาบาล)
B : จำนวนโรงพยาบาลรัฐทั้งหมดตามตัวชี้วัด

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นตอนของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนในการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	มีคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์
๒	มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา
๓	มีแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์
๔	เตรียมความพร้อมอัตรากำลังสหวิชาชีพในคลินิก
๕	มีใบอนุญาตครอบครอง/จำหน่าย ยส.๕

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ระดับ ๑	-	ระดับ ๒	-	ระดับ ๓

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	มีคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์	มีคำสั่ง	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา	จัดบริการให้คำแนะนำ	เท่ากับ ๒ คะแนน
๓	มีแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	เอกสารแนวทางให้บริการ	เท่ากับ ๒ คะแนน

๗.๑) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	มีคณะกรรมการกัญชาทางการแพทย์	มีคำสั่ง	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	มีการจัดตั้งคลินิกให้คำปรึกษา	จัดบริการให้คำแนะนำ	เท่ากับ ๑ คะแนน
๓	มีแนวทางการให้บริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์	เอกสารแนวทางให้บริการ	เท่ากับ ๑ คะแนน
๔	เตรียมความพร้อมอัตรากำลังสหวิชาชีพในคลินิก	บัญชีรายชื่อผู้ผ่านการอบรมกัญชาทางการแพทย์	เท่ากับ ๑ คะแนน
๕	มีใบอนุญาตครอบครอง/จำหน่าย ยส.๕	ใบอนุญาต	เท่ากับ ๑ คะแนน

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์ผสมผสานแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลทั่วไป	ร้อยละ	N/A	N/A	๑๐๐
การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชน	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์แพทย์แผนไทย ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีแพทย์แผนไทยประจำการ	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีการสนับสนุนการปลูกกัญชาทางแพทย์ร่วมกับวิสาหกิจชุมชน ๑ แห่ง/จังหวัด	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

๙. แหล่งข้อมูล : รายงาน

วิธีการจัดเก็บข้อมูล ได้จากโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นางอุสาห์ จันทรวิจิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๒๖ ๑๗๖๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวนันทนีย์ ศรีสวัสดิ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๔๗๓๓ ๒๕๙๙

หน่วยงาน : กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ ๑๔ ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

๒. หน่วยวัด : ร้อยละ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๕

๔. คำอธิบาย : **๑. ผู้ป่วยนอก หมายถึง** ประชาชนที่มารับบริการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพแบบไม่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องที่ได้มาตรฐาน เช่น แพทย์แผนไทย แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนจีน แพทย์แผนปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น

๒. การบริการด้านการแพทย์แผนไทย หมายถึง บริการการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพ เช่น

- การรักษาด้วยยาสมุนไพร
- การนวดเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อการรักษา-ฟื้นฟูสภาพ
- การทับหม้อเกลือ
- การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์แผนไทย
- การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้วยการสอนสาธิตด้านการแพทย์ทางเลือก
- การทำหัตถการอื่นๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพแพทย์แผนไทย หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

๓. การบริการด้านแพทย์ทางเลือก หมายถึง การบริการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากการแพทย์ปัจจุบัน และการแพทย์แผนไทย เช่น ฝังเข็ม การแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ หรือการบริการอื่น ๆ ที่มีการเพิ่มเติมรหัสภายหลัง

๔. สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัย สถานบริการสาธารณสุขชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข

๕. สูตรการคำนวณ : (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการ ที่มีรหัส ๓ หลักขึ้นต้นด้วย U๕๐-U๗๖ และ U๗๘-U๗๙ การจ่ายยา ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ การให้หัตถการ (๙๐๐-๗๗-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๘-๘๘) หัตถการส่งเสริมสุขภาพ (๙๐๐-๗๙-๐๐ ถึง ๙๐๐-๗๙-๙๙) อย่างใดอย่างหนึ่ง ทั้งนี้ไม่รวมรหัส z

B = จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีการวินิจฉัยรหัสกลุ่มโรคและอาการของแพทย์แผนปัจจุบัน (ขึ้นต้นด้วย A-Y) หรือแพทย์แผนไทย (รหัสขึ้นต้นด้วย U ยกเว้น U๗๗ หรือ U๗๗x)

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ... ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน				
๑	๒	๓	๔	๕
น้อยกว่า ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๒๐.๕	ร้อยละ ๒๑.๕	ร้อยละ ๒๒.๕

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๓)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	๒	๓	๔	๕
น้อยกว่า ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๒๐.๕	ร้อยละ ๒๑.๕	ร้อยละ ๒๒.๕

๗.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๓)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	๒	๓	๔	๕
น้อยกว่า ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๑๙.๕	ร้อยละ ๒๐.๕	ร้อยละ ๒๑.๕	ร้อยละ ๒๒.๕

๘.เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. มีระบบจัดการยาสมุนไพรในอำเภอ ๑.๑ มีการประชุมคณะกรรมการเพื่อบริหารยาสมุนไพรของอำเภอ ๑.๒ มีบัญชียาสมุนไพรของอำเภอ ไม่น้อยกว่า ๓๐ รายการ ๑.๓ มีการกำหนดยาสมุนไพรทดแทนหรือใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First line drug) ๑.๔ มีแผนงานหรือการจัดสรรเงินสำหรับยาสมุนไพรในอำเภอ ๒. พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหวิชาชีพ แพทย์แผนไทย ให้มีความรู้ด้านการจัดบริการการแพทย์แผนไทย เพื่อพัฒนาการบริการที่ได้มาตรฐาน ๓. สนับสนุนให้มีการจัดบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในระบบบริการสาธารณสุข	๑. ร่วมจัดบริการการแพทย์แผนไทยในคลินิกหมอครอบครัว (PCC) จังหวัดละ ๑ แห่ง ๒.ส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมุนไพรทดแทน ยาแผนปัจจุบัน หรือการใช้ยาสมุนไพรเป็นลำดับแรก (First Line Drugs) เพิ่มขึ้นอย่างน้อย ๒ รายการ ๓. บูรณาการการบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกในสถานบริการทุกระดับให้มีการบริการ ตรวจ วินิจฉัย ส่งเสริม รักษาโรคเรื้อรัง เช่น DM, HT, COPD, OA, CVA CA ฯลฯ อย่างน้อย ๑ โรค	๑. สถานบริการสาธารณสุขระดับ รพศ. รพท. และ รพช. มีการให้บริการการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก เช่น - คลินิกครบวงจร - คลินิกเฉพาะโรค - การแพทย์แผนจีน	๑. มีการให้บริการผู้ป่วยนอกด้วยการตรวจ วินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ร้อยละ ๒๐.๕ ๒. ส่งเสริมให้มีการสั่งจ่ายยาสมุนไพรโดยมีจำนวนครั้งผู้ป่วยนอกที่มีการจ่ายยาสมุนไพรเมื่อเทียบกับจำนวนครั้งของผู้ป่วยนอกที่มีการสั่งจ่ายยาทั้งหมด ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖ (ปี ๒๕๖๓ คิดเป็นร้อยละ ๘.๕๓)

๙. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

๙.๑ ระดับจังหวัด

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการตรวจวินิจฉัยรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	NA	ร้อยละ ๑๘.๗	ร้อยละ ๑๖.๔

๙.๒ ระดับพื้นที่

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน

๑. รายละเอียดของผลการดำเนินงาน จำแนกรายอำเภอ (คปสอ) สามารถแสดงผลได้ดังต่อไปนี้

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	
		๒๕๖๒	๒๕๖๓
เมืองสิงห์บุรี	ร้อยละ	๑๖.๐๖	๑๒.๖๐
บางระจัน	ร้อยละ	๑๕.๕๗	๑๕.๒๔
ค่ายบางระจัน	ร้อยละ	๑๗.๘๐	๑๕.๔๙
พรหมบุรี	ร้อยละ	๑๗.๓๙	๑๖.๗๕
ท่าช้าง	ร้อยละ	๑๓.๔๐	๑๒.๗๙
อินทร์บุรี	ร้อยละ	๒๕.๙๘	๒๓.๓๗

๒. รายละเอียดของผลการดำเนินงาน จำแนกรายโรงพยาบาล สามารถแสดงผลได้ดังต่อไปนี้

Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ	
		๒๕๖๒	๒๕๖๓
รพ.สิงห์บุรี	ร้อยละ	๑๒.๗๗	๑๐.๑๐
บางระจัน	ร้อยละ	๑๑.๗๐	๑๓.๒๓
ค่ายบางระจัน	ร้อยละ	๘.๙๒	๘.๓๗
พรหมบุรี	ร้อยละ	๑๒.๔๑	๑๕.๘๗
ท่าช้าง	ร้อยละ	๗.๕๖	๗.๖๗
อินทร์บุรี	ร้อยละ	๑๙.๙๘	๑๙.๑๘

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ณ ๒๐ ตุลาคม ๒๕๖๓

๑๐. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล: รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข / ๔๓ แฟ้ม (Person/Provider/ Service/Diagnosis_opd/Drug_opd/ Procedure_opd/Labor

๑๑. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางอุไรศรี ขำนุรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
หมายเลขโทรศัพท์ มือถือ ๐๘ ๑๙๔๗ ๐๒๙๖

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางอรทัย บานชื่น แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ
หมายเลขโทรศัพท์ มือถือ ๐๘ ๙๙๓๕ ๙๓๒๖ หมายเลขที่ทำงาน ๐ ๓๖๘๑ ๓๙๔๓ ต่อ ๑๑๖
หน่วยงาน : กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ : **๑๕ ระดับความสำเร็จของการลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาลทุกระดับ (ทั้งที่ ER และ Admit)**

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๕

๔. คำอธิบาย:

ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน หมายถึง ผู้มารับบริการ ณ ห้องฉุกเฉินและได้รับ **การคัดแยกเป็น Triage Level ๑**

การเสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง หมายถึง นับจากเวลาที่ผู้ป่วยมาห้องฉุกเฉินถึงเวลาที่เสียชีวิต (Door to Death) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ซึ่งรวมถึงการเสียชีวิตในห้องฉุกเฉิน

ผู้ป่วย severe traumatic brain injury หมายถึง ผู้ป่วยที่มี GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๘ คะแนน ซึ่งอาจมีมาตั้งแต่มาถึงโรงพยาบาลหรือแย่ลงในภายหลังก็ได้

ECS : Emergency Care System (ระบบการแพทย์ฉุกเฉินครบวงจรและระบบส่งต่อ) หมายถึง ระบบการบริหารจัดการเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพ ที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติ และ ภาวะภัยสุขภาพประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยก่อนถึงโรงพยาบาล (EMS) การดูแลในห้องฉุกเฉิน (ER) การส่งต่อระหว่างสถานพยาบาล (Referral System) การจัดการสาธารณภัยด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Disaster)

การพัฒนา “**ห่วงโซ่คุณภาพ (Chain of Quality)**” ได้แก่ EMS คุณภาพ, ER คุณภาพ, Refer คุณภาพ และ Disaster คุณภาพ เพื่อสร้าง **“ห่วงโซ่แห่งการรอดชีวิต (Chain of Survival)”** ของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน โดยมีเป้าประสงค์ ๑) เพิ่มการเข้าถึงบริการของผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ๒) ลดอัตราการเสียชีวิตและภาวะทุพพลภาพที่ป้องกันได้ (Preventable Death) จากการเจ็บป่วยฉุกเฉิน ๓) ระบบ ECS ที่มีคุณภาพและมาตรฐาน

๕. วัตถุประสงค์: เพื่อพัฒนาระบบรักษาพยาบาลฉุกเฉินอย่างครบวงจร เพื่อให้ผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินได้รับการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น ทั้งในภาวะปกติและภาวะภัยพิบัติ ในปี ๒๕๖๔-๒๕๖๖ จะมุ่งเน้นการพัฒนา ER คุณภาพ คือ การจัดบริการและพัฒนาคุณภาพการรักษาเพื่อให้ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินได้รับบริการที่เท่าเทียม ทั่วถึง ทันเวลา ปลอดภัยและประทับใจ

๖. เกณฑ์เป้าหมาย:

๑.อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒

๒.อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐

๓.อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐

๔.อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๔๕

๕.การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับดีเยี่ยม (ไม่ต่ำกว่า ๓๒ คะแนน)

๖.โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

๗. สูตรการคำนวณ:

๗.๑ อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาล (ทั้งที่ ERและ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒ (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินที่เสียชีวิตภายใน ๒๔ ชั่วโมง B = จำนวนผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินทั้งหมด
๗.๒ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลสามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด ในโรงพยาบาล สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที B =จำนวนผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดในโรงพยาบาล และได้รับการผ่าตัดทั้งหมด
๗.๓ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาล ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑, ๒ อยู่ในห้องฉุกเฉินมีข้อบ่งชี้ได้ admit ภายใน ๒ ชม. B = จำนวนผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ให้ admit ทั้งหมด
๗.๔ อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาล ไม่เกินร้อยละ ๔๕ (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury (GCS ≤ ๘) ที่เสียชีวิตในโรงพยาบาล B = จำนวนผู้ป่วย severe traumatic brain injury ทั้งหมดในโรงพยาบาล
๗.๕ การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับดีเยี่ยม (ไม่ต่ำกว่า ๓๒ คะแนน) (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวน TEA unit ในโรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพ (ไม่ต่ำกว่า ๒๐ คะแนน) B = จำนวน TEA unit ที่ประมินคุณภาพทั้งหมดในโรงพยาบาล
๗.๖ โรงพยาบาลทุกระดับผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ (A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ (ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐) B = จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับที่ประเมิน ECS คุณภาพทั้งหมด

๘. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของขั้นตอนการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินงาน	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๒	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๓	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๔	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone
๕	กำหนดการดำเนินการเป็นแบบ Milestone

๙. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ระดับ	การดำเนินงาน
๑	- จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนา ER คุณภาพ แผนขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และแผนการดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑
๒	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑, F ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๒๕ - อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๕ - อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๕ - อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๗๐ - การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับกำลังพัฒนา (ไม่ต่ำกว่า ๑๗ คะแนน) - โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐
๓	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑, F ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๒๒ - อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ - อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐

ระดับ	การดำเนินงาน
๓	- อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๖๕ - การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับมาตรฐาน (ไม่ต่ำกว่า ๒๐ คะแนน) - โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐
๔	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑, F ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๙ - อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๕ - อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๕ - อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๖๐ - การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับสูงกว่าระดับมาตรฐาน (ไม่ต่ำกว่า ๒๕ คะแนน) - โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐
๕	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑, F ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๖ - อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ - อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ - อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๕๕ - การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับดีเยี่ยม (ไม่ต่ำกว่า ๓๒ คะแนน) - โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐

การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ระดับ	การดำเนินงาน
๑	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑, F ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๒๔ - อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ - อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๒๐ - อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๖๕ - การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับต้องพัฒนา (ไม่ต่ำกว่า ๕ คะแนน) - โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐
๒	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑, F ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๒๑ - อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ - อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๓๐ - อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๖๐ - การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับกำลังพัฒนา (ไม่ต่ำกว่า ๑๗ คะแนน) - โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐
๓	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑, F ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๘ - อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ - อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๔๐ - อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๕๕ - การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับมาตรฐาน (ไม่ต่ำกว่า ๒๐ คะแนน) - โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐

ระดับ	การดำเนินงาน
๔	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑, F ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๕ - อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐ - อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐ - อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๕๐ - การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับสูงกว่าระดับมาตรฐาน (ไม่ต่ำกว่า ๒๕ คะแนน) - โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐
๕	- อัตราเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ใน โรงพยาบาล ระดับ A, S, M๑, F ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒ - อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ - อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ - อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๔๕ - การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับดีเยี่ยม (ไม่ต่ำกว่า ๓๒ คะแนน) - โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐

๑๐. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

Baseline data	ผลการดำเนินงานในนรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
ตัวชี้วัดหลัก - อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน (Triage level ๑) ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ (ทั้งที่ ER และ Admit) ไม่เกินร้อยละ ๑๒	๙.๖๗	๖.๘๖	๘.๓๒
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑ ๑.๑ อัตราของผู้ป่วย trauma triage level ๑ และมีข้อบ่งชี้ในการผ่าตัด (Registration-to-incision time) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ สามารถเข้าห้องผ่าตัดได้ภายใน ๖๐ นาที ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐			๑๒.๒๘

Baseline data	ผลการดำเนินงานในนรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
	๒๕๖๑	**๒๕๖๒**	**๒๕๖๓**
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๑ ๑.๒ อัตราของผู้ป่วย triage level ๑, ๒ ที่มีข้อบ่งชี้ในการ Admit ได้รับ Admit ภายใน ๒ ชม. ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐			๘๒.๗๙
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๒ ๒.๑ อัตราตายของผู้ป่วยบาดเจ็บรุนแรงต่อสมอง (Mortality rate Severe traumatic brain injury) (GCS≤๘) ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ไม่เกินร้อยละ ๔๕			๕๐
ตัวชี้วัดรอง ตัวที่ ๓ ๓.๑ การดำเนินงานด้านการพัฒนาระบบ TEA unit ในโรงพยาบาลระดับ A, S, M๑ ที่อยู่ในระดับดีเยี่ยม (ไม่ต่ำกว่า ๓๒ คะแนน)	-	-	ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน
๓.๒ โรงพยาบาลระดับ F๒ ขึ้นไปที่ผ่านเกณฑ์ประเมิน ECS คุณภาพ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๗๐	-	-	ร้อยละ ๕๘.๐๐

๑๑. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล

๑๑.๑. HDC และรายงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากระบบรายงาน ๔๓ แฟ้ม และแบบรายงานตัวชี้วัด EMS ของโรงพยาบาล

๑๑.๒ HDC

๑๑.๒.๑ ผู้เจ็บป่วยเสียชีวิตจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION เชื่อมโยงด้วยรหัสบัตรประชาชน

๑๑.๒.๒ ระยะเวลาจากแฟ้ม DEATH, SERVICE, ADMISSION

๑๑.๒.๓ ผู้เจ็บป่วยวิกฤตฉุกเฉินจากแฟ้ม ACCIDENT

๑๑.๓. แบบรายงานตัวชี้วัด EMS ของโรงพยาบาล

๑๒. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายก่อศักดิ์ จันทรวิจิตร หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๗๕๐ ๔๘๔๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายภูวิช โชติการทองกุล หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๑๙๓๔ ๑๖๕๖

หน่วยงาน : กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ/ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ตัวชี้วัดที่ : **๑๖ ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happiorganization)**

๒. หน่วยวัด : ระดับความสำเร็จ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

องค์กรแห่งความสุข หมายถึง องค์กรที่สามารถกระตุ้น จูงใจ สร้างความสุขทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจให้ทุกคนในองค์กร มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งขององค์กร พร้อมปฏิบัติภารกิจขององค์กรให้บรรลุตามเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

องค์กรแห่งความสุข ประกอบด้วย คนทำงานที่มีความสุข ที่ทำงานน่าอยู่ ชุมชนสมานฉันท์

การดำเนินการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขตามกระบวนการขับเคลื่อน ๕ ขั้น ได้แก่

ขั้นที่ ๑ การประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)

ขั้นที่ ๒ การวิเคราะห์และแปลผลการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI)

ขั้นที่ ๓ การจัดทำแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

ขั้นที่ ๔ การดำเนินงานตามแผนขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข

ขั้นที่ ๕ มีความก้าวหน้าของการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุขที่เป็นรูปธรรม

๕. สูตรการคำนวณ: ไม่มี

๖. เกณฑ์การให้คะแนน:

กำหนดเป็นระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) แบ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็น ๕ ระดับ พิจารณาจากความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามเป้าหมายแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน
๑	- กำหนดแนวทาง/นโยบายการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข และแจ้งบุคลากรในสังกัดฯ ทราบ - แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานนักสร้างสุขในองค์กร
๒	- มีกิจกรรม/อบรมให้ความรู้ทีมงานนักสร้างสุขในองค์กร - มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) (ตามแบบประเมิน) มากกว่าร้อยละ ๘๐
๓	- มีการสรุปผลการประเมินความสุขของบุคลากร - มีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ เพื่อนำผลการประเมินมาจัดทำแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข - จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขในองค์กร ที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่
๔	- มีการดำเนินงานตามแผน/ปรับแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข - มีการประเมินผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข
๕	- มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ และเป็นต้นแบบ อย่างน้อย คปสอ. ละ ๑ แห่ง

๗. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๗.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ระดับ ๑	-	ระดับ ๒	-	ระดับ ๓

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	- กำหนดแนวทาง/นโยบายการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข และแจ้งบุคลากรในสังกัดฯ ทราบ - แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานนักสร้างสุขในองค์กร	๑. เอกสาร/บันทึกการประชุม/รายงานการประชุม ๒. คำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	ดำเนินการระดับ ๑ และ - มีกิจกรรม/อบรมให้ความรู้ทีมงานนักสร้างสุขในองค์กร - มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) (ตามแบบประเมิน) มากกว่าร้อยละ ๘๐	๑. ทะเบียนรายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม/อบรม ๒. ทะเบียนบุคลากรที่ทำแบบประเมินฯ	เท่ากับ ๓ คะแนน
๓	ดำเนินการระดับ ๒ และ - มีการสรุปผลการประเมินความสุขของบุคลากร - มีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ เพื่อนำผลการประเมินมาจัดทำแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข - จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขในองค์กรที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่	๑. ผลการประเมินความสุขฯ ๒. บันทึก/รายงานการประชุมฯ ๓. มีกิจกรรมเสริมสร้างความสุขขององค์กร	เท่ากับ ๕ คะแนน

๗.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕

ระดับ	เกณฑ์การให้คะแนน	เอกสาร/หลักฐานประกอบการประเมิน	ค่าคะแนนที่ได้
๑	- กำหนดแนวทาง/นโยบายการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข และแจ้งบุคลากรในสังกัดฯทราบ - แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานนักสร้างสุขในองค์กร	๑. เอกสาร/บันทึกการประชุม/รายงานการประชุม ๒. คำสั่งคณะกรรมการ/คณะทำงาน	เท่ากับ ๑ คะแนน
๒	ดำเนินการระดับ ๑ และ - มีกิจกรรม/อบรมให้ความรู้ทีมงานนักสร้างสุขในองค์กร - มีการประเมินความสุขบุคลากร (Happinometer) และสุขภาวะองค์กร (HPI) (ตามแบบประเมิน) มากกว่าร้อยละ ๘๐	๑. ทะเบียนรายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม/อบรม ๒. ทะเบียนบุคลากรที่ทำแบบประเมินฯ	เท่ากับ ๒ คะแนน
๓	ดำเนินการระดับ ๒ และ - มีการสรุปผลการประเมินความสุขของบุคลากร - มีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานฯ เพื่อนำผลการประเมินมาจัดทำแผนงาน/โครงการ ขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข - จัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความสุขในองค์กรที่สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่	๑. ผลการประเมินความสุขฯ ๒. บันทึก/รายงานการประชุมฯ ๓. มีกิจกรรมเสริมสร้างความสุขขององค์กร	เท่ากับ ๓ คะแนน
๔	ดำเนินการระดับ ๓ และ - มีการดำเนินงานตามแผน/ปรับแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข - มีการประเมินผลการดำเนินงาน/แลกเปลี่ยนเรียนรู้องค์กรแห่งความสุข	๑. แผนงาน/โครงการขับเคลื่อนองค์กรแห่งความสุข ๒. แบบประเมินผลองค์กรแห่งความสุข/กิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	เท่ากับ ๔ คะแนน
๕	ดำเนินการระดับ ๔ และ - มีองค์กรแห่งความสุขที่มีคุณภาพ และเป็นต้นแบบ อย่างน้อย คบสอ. ละ ๑ แห่ง	ผ่านการประเมินผลระดับจังหวัด/เข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับเขต	เท่ากับ ๕ คะแนน

๘. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน:

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	**๒๕๖๒**	**๒๕๖๓**
ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข	ระดับ	ระดับ ๕	ระดับ ๕	N/A

๙. แหล่งข้อมูล/ วิธีการจัดเก็บข้อมูล : จากการรายงานของหน่วยงานต่างๆ ในสังกัดฯ

๑๐. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายประสิทธิ์ วงศ์สกุลเกียรติ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๙๐๓ ๙๒๔๕
ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวปาริชาต คำวงศ์ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๙๐๗๕ ๑๒๗๗
โทรศัพท์ที่ทำงาน: ๐ ๓๖๘๑ ๓๔๙๓ ต่อ ๑๒๗
กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๗ ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน

๒. หน่วยวัด : ร้อยละ ๑๐๐

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

สภาพคล่อง หมายถึง ความสามารถของหน่วยงานที่จะแปรสภาพสินทรัพย์ที่มีอยู่ให้เป็นเงินสดในระยะเวลาอันสั้น หรือ หมายถึงความสามารถที่จะระดมทุนที่มีอยู่มาจ่ายชำระหนี้สิ้นที่มีอยู่ในระยะสั้น

สภาพคล่องของ รพ.สต. หมายถึง ความสามารถของรพ.สต. ที่จะมีเงินในการบริหารจัดการค่าใช้จ่ายต่างๆ ของ รพ.สต.

๕. เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน

ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖
ร้อยละ ๑๐๐	ร้อย ๑๐๐	ร้อย ๑๐๐

๖. วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อกำกับ ติดตามการใช้จ่ายเงินของ รพ.สต. ให้มีประสิทธิภาพ

๒. เพื่อให้ รพ.สต. มีงบประมาณเพียงพอในการดำเนินงาน

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของ รพ.สต. ที่ส่งทางเวปไซด์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ ทุกสิ้นไตรมาส

๘. แหล่งข้อมูล : เวปไซด์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (http://hfo.cfo.in.th)

๙. สูตรการคำนวณ:

(A/B) x ๑๐๐
A = จำนวนรพ.สต.ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน
B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ร้อยละ ... ต่อ ๑ คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์	ร้อยละ	คะแนน
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๑๐๐	๕
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๙๐-๙๙.๙๙	๔
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๘๐-๘๙.๙๙	๓
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๗๐-๗๙.๙๙	๒
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๖๐-๖๙.๙๙	๑

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๑๑.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือนแรก ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

เกณฑ์	ร้อยละ	คะแนน	แนวทางการประเมิน/หลักฐาน
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๑๐๐	๕	ใช้ข้อมูลจากรายงานการเงินของ รพ.สต. ที่ส่งทางเวปไซด์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (http://hfo.cfo.in.th) ณ เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๔
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๙๐-๙๙.๙๙	๔	
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๘๐-๘๙.๙๙	๓	
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๗๐-๗๙.๙๙	๒	
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๖๐-๖๙.๙๙	๑	

๑๑.๒) การประเมินรอบ ๖ เดือนหลัง ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ เมษายน ๒๕๖๔ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

เกณฑ์	ร้อยละ	คะแนน	แนวทางการประเมิน/หลักฐาน
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๑๐๐	๕	ใช้ข้อมูลจากรายงานการเงินของ รพ.สต. ที่ส่งทางเวปไซด์กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (http://hfo.cfo.in.th) ณ เดือนสิงหาคม ๒๕๖๔
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๙๐-๙๙.๙๙	๔	
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๘๐-๘๙.๙๙	๓	
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๗๐-๗๙.๙๙	๒	
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	๖๐-๖๙.๙๙	๑	

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	ร้อยละ	๘๕.๑๒ (๔๐ แห่ง)	๙๗.๘๗ (๔๖ แห่ง)	๙๓.๖๒ (๔๔ แห่ง)

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นายพิพัฒน์ กว้างนอก หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๑๙

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นางสาวินี เขียวรี หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๑๓๖ ๔๐๖๘

โทรศัพท์ที่ทำงาน ๐ ๓๖๘๑ ๓๔๙๓ ต่อ ๑๒๙

หน่วยงาน กลุ่มงานบริหารทั่วไป

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๘ ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA

๒. หน่วยวัด : ร้อยละ ๙๒

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

หน่วยงานในสังกัด หมายถึง หน่วยงานเป้าหมายในสังกัดสำนักงานสารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีที่เข้ารับการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี จำนวนทั้งสิ้น ๑๓ หน่วยงาน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี โรงพยาบาลทั่วไป ๒ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๔ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ๖ แห่ง

การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี (MOPH Integrity and Transparency Assessment : MOPH ITA) เป็นไปภายใต้แนวคิดเปิดเผยข้อมูลสู่ความโปร่งใส (Open Data to Transparency) ซึ่งเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญของการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เน้นหลักการประเมินตนเอง (Self-Assessment) จากข้อเท็จจริงที่สามารถตรวจสอบได้จากเอกสาร/หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ครอบคลุมการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีในทุกมิติ ตั้งแต่การบริหารงานของผู้บริหารและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงาน ภายใต้แผนงานยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) ยุทธศาสตร์ที่ ๔ บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) แผนงานที่ ๑๑ การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ โครงการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสและเป็นเครื่องมือภายใต้การขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๔ ตามพันธะสัญญาการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี ๒๕๖๔ ประเด็นที่ ๘ ธรรมาภิบาล โปร่งใส บริหารด้วยหลักธรรมาภิบาล โปร่งใส เป็นธรรม

สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักที่สำคัญแปลงสู่คำถามที่ใช้ในการประเมินจากข้อมูลเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) จำแนกเป็น ๙ ตัวชี้วัด ประกอบด้วย (๑) ตัวชี้วัดการเปิดเผยข้อมูล (๒) ตัวชี้วัด การจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุ (๓) ตัวชี้วัดการบริหารและพัฒนาทรัพยากรบุคคล (๔) ตัวชี้วัดการส่งเสริมความโปร่งใส (๕) ตัวชี้วัดการรับสินบน (๖) ตัวชี้วัดการใช้ทรัพย์สินของราชการ (๗) ตัวชี้วัดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการทุจริต (๘) ตัวชี้วัดการป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน และ (๙) ตัวชี้วัดการเสริมสร้างวัฒนธรรมองค์กร ประเมินผ่านระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) ทุกไตรมาส ตามที่ปฏิทินกำหนด

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๐	ปีงบประมาณ ๖๑	ปีงบประมาณ ๖๒	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔
ร้อยละ ๘๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒

คะแนนระดับคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงาน

ระดับ	AA	A	B	C	D	E	F
คะแนน	๙๕-๑๐๐	๘๕-๙๔.๙๙	๗๕-๘๔.๙๙	๖๕-๗๔.๙๙	๕๕-๖๔.๙๙	๕๐-๕๔.๙๙	๐-๔๙.๙๙

๖. วัตถุประสงค์ :

๑. เพื่อประเมินผลด้านคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

๒. เพื่อพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน และให้การบริหารราชการของหน่วยงานเป้าหมายสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี มีประสิทธิภาพประสิทธิผลตามหลักธรรมาภิบาล

๓. เพื่อให้เกิดผลในทางปฏิบัติในการนำมาตรการการป้องกันและปราบปรามการทุจริตทั้งในระดับนโยบาย ระดับปฏิบัติการ มาบังคับใช้และปฏิบัติอย่างทั่วถึง ครอบคลุม ทั่วทั้งองค์กร

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

จัดเก็บข้อมูลหน่วยงานเป้าหมายจำนวน ๑๓ แห่ง ที่ตอบคำถามและแนบเอกสาร/หลักฐานตามข้อคำถามในแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ตามความเป็นจริงในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System) และให้คะแนนการประเมินตามรอบการประเมิน ๔ ไตรมาส ไตรมาสที่ ๑ รอบ ๓ เดือน (เดือนธันวาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๒ รอบ ๖ เดือน (เดือนมีนาคมของทุกปี) ไตรมาสที่ ๓ (เดือนมิถุนายนของทุกปี) และไตรมาสที่ ๔ (เดือนกันยายนของทุกปี)

กำหนดระดับคะแนนในแต่ละไตรมาส ดังนี้

ไตรมาสที่ ๑	ไตรมาสที่ ๒	ไตรมาสที่ ๓	ไตรมาสที่ ๔
ร้อยละ ๗๗	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒

หมายเหตุ : เกณฑ์การให้คะแนน ไตรมาสที่ ๑ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
๑ ข้อ (EB)	๒ ข้อ (EB)	๓ ข้อ (EB)	๔ ข้อ (EB)	๕ ข้อ (EB)

EB ๑ หน่วยงานมีการกำหนดมาตรการ และวางระบบการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

EB ๒ หน่วยงานมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารที่เป็นปัจจุบัน

EB ๓ หน่วยงานมีรายงานการวิเคราะห์ผลการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

EB ๔ หน่วยงานมีมาตรการ และวางระบบเพื่อส่งเสริมความโปร่งใสในการจัดซื้อจัดจ้างและการจัดหาพัสดุปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

EB ๕ หน่วยงานมีการสรุปผลการดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างในรอบเดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔

๘. แหล่งข้อมูล :

แบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT) ที่พัฒนาจากสำนักงาน ป.ป.ช. ในระบบ MITAS (MOPH Integrity and Transparency Assessment System)

๙. สูตรการคำนวณ: (A/B) x ๑๐๐

A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมินตนเองตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๒ (ใน ๑ ปี)

B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (๑๓ หน่วยงาน)

๑๐. เกณฑ์การให้คะแนน:

ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน				
๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ ๖๒	ร้อยละ ๗๗	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒

๑๑. แนวทางการประเมินผล : แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และรอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๑๑.๑ การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB๑- EB๒๔) ค่าเป้าหมาย คือ ระดับ ๓ ร้อยละ ๘๒

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ ๖๒	ร้อยละ ๗๗	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒

๑๑.๒ การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔) ประเมินตนเองตามแบบหลักฐานเชิงประจักษ์ทุกข้อ (EB๑- EB๒๔) ค่าเป้าหมาย คือ ระดับ ๕ ร้อยละ ๙๒

เกณฑ์การให้คะแนน ช่วงปรับเกณฑ์การให้คะแนน +/- ๕ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน				
๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละ ๖๒	ร้อยละ ๗๗	ร้อยละ ๘๒	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๙๒

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	๒๕๖๑	๒๕๖๒
ร้อยละของหน่วยงานในสังกัด ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ	๙๕.๗๖	๘๙.๕๖	๙๒.๓๑

๑๓. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด : นายวุฒิชัย ใจเกี๋ยง หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๔๙๕๒ ๑๕๒๙
๐ ๓๖๘๑ ๓๔๙๓ ต่อ ๑๒๒

ผู้จัดเก็บข้อมูล : ๑. นางปิยนุช มีชาญ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๔๑๘ ๕๓๒๑
๒. นายสุภลักชณ์ พึ่งสุรินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๒๓ ๒๗๖๓

หน่วยงาน : กลุ่มงานนิติการ

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๑๙ ร้อยละของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว

๒. หน่วยวัด : ร้อยละ

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หมายถึง หน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิทั้งที่อยู่ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และที่ถ่ายโอนไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.) และหน่วยบริการปฐมภูมิในโรงพยาบาล (PCU)

๒. การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต. หมายถึง การพัฒนาคุณภาพของรพ.สต.ให้ได้ตามเกณฑ์คุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวที่กำหนด คือ ๕ ดาว ๕ ดี ประกอบด้วย ๑) บริหารดี ๒) ประสานงานดี ภาคีมีส่วนร่วม ๓) บุคลากรที่ดี ๔) บริการดี ๕) ประชาชนมีสุขภาพดี มีเกณฑ์ประเมินดังนี้

หมวด ๑ การนำองค์กรและการจัดการที่ดี

หมวด ๒ การให้ความสำคัญกับประชากรเป้าหมายชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

หมวด ๓ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล

หมวด ๔ การจัดระบบบริการครอบคลุมประเภทและประชากรทุกกลุ่มวัย

หมวด ๕ ผลลัพธ์

โดยมีการแปลผลระดับดาว ดังนี้

ร้อยละ ๖๐.๐๐ - ๖๙.๙๙ เท่ากับ ๓ ดาว (รายงาน คปสอ. และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ ๗๐.๐๐ - ๗๙.๙๙ เท่ากับ ๔ ดาว (รายงาน คปสอ. และจังหวัด เพื่อการพัฒนา)

ร้อยละ ๘๐ ขึ้นไป และทุกหมวดต้องผ่าน ร้อยละ ๘๐ เท่ากับ ๕ ดาว

๓. การรับรองผล ทีมประเมินระดับจังหวัดตรวจประเมินรับรองผล รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว โดยรักษาสภาพ ๒ ปี ก่อนเข้ารับการประเมินใหม่

๔. การ reaccreditation หมายถึง รพ.สต. ที่ผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ในปี ๒๕๖๑ และ ๒๕๖๒ มีการรักษาสภาพ ๒ ปี และต้องเข้ารับการประเมินใหม่

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖
๑๐๐	๑๐๐	๑๐๐

๖. วัตถุประสงค์ :

๑.เพื่อพัฒนาระบบบริหารและระบบบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒.เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ

๗. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

๑.กลุ่ม reaccreditation ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ผ่านระดับห้าดาว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และ ๒๕๖๑

๒.รพ.สต. ที่ยังไม่ผ่านระดับ ๕ ดาว ในปี ๒๕๖๓

๘. วิธีการจัดเก็บข้อมูล:

๑.รพ.สต.ประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์

๒.สสอ. ตรวจสอบและแก้ไข, ประเมินรับรองรับรอง

๓.สสจ. ตรวจสอบและแก้ไข, คณะกรรมการระดับจังหวัดประเมินรับรอง

๙. แหล่งข้อมูล : ข้อมูลโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ รพ.สต. บันทึกผลประเมินตนเอง, ประเมินและรับรองผลโดยทีมระดับอำเภอ ระดับจังหวัด

๑๐. สูตรการคำนวณ:

(A/B) x ๑๐๐ A = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (สะสมปีงบประมาณ (๒๕๖๑ – ๒๕๖๔) ผ่านเกณฑ์พัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ ๕ ดาว ในปีงบประมาณ ๒๕๖๓ และจำนวน รพ.สต. ที่ผ่านระดับห้าดาวในปีงบประมาณ ๒๕๖๐ และ ปี ๒๕๖๑ ผ่าน reaccreditation B = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด

๑๑. แนวทางการประเมินผล: แบ่งเกณฑ์การประเมินเป็น ๒ รอบ ได้แก่ รอบ ๖ เดือน และ รอบ ๑๒ เดือน ดังนี้

๑๑.๑) การประเมินรอบ ๖ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐

๑๑.๒) การประเมินรอบ ๑๒ เดือน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ (ระหว่างวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔)

ค่าคะแนนที่ได้				
๑	**๒**	**๓**	**๔**	**๕**
ร้อยละ ๖๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๐	**๒๕๖๑**	**๒๕๖๒ และ ๒๕๖๓**
ร้อยละของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ร้อยละ สะสม	๑๔.๘๙	๔๐.๔๓	๘๗.๒๓

๑๓. วิธีการประเมินผล: รพ.สต. ประเมินผลตนเองและทีมประเมินระดับจังหวัดออกประเมินรับรอง

๑๔. เอกสารสนับสนุน: คู่มือแนวทางการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (รพ.สต.ติดดาว) ปี ๒๕๖๔

๑๕. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางวังจันทร์ กิตติภาดากุล หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๖๓๓๔ ๑๓๔๔

ผู้จัดเก็บข้อมูล: นายทรรศนะ เอมสมบูรณ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๐๕๘๐ ๖๔๙๒

หน่วยงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

แบบฟอร์มรายละเอียดตัวชี้วัดที่เป็นเชิงปริมาณ

๑. ตัวชี้วัดที่ : ๒๐ ร้อยละของโรงพยาบาล มีการดำเนินงาน Digital Transformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital

๒. หน่วยวัด : ๑.หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Place/Tools และ Smart Services ร้อยละ ๑๐๐
๒.หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานในระดับ Smart Outcome ร้อยละ ๒๐

๓. น้ำหนัก : ร้อยละ ๔

๔. คำอธิบาย :

Smart Hospital หมายถึง โรงพยาบาลภาครัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาล ลดขั้นตอนการปฏิบัติ และเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการรับบริการ

ระดับ ๑ Smart Tools หมายถึง โรงพยาบาลมีการใช้ระบบดิจิทัลเป็นเครื่องมือช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ และพัฒนาคุณภาพบริการขององค์กร

ระดับ ๒ Smart Service หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำแนวทางการทำงานอื่นๆ มาใช้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานในองค์กร และมีการจัดทำ Service Process Management (เช่น Lean Process, Paperless, Less Paper, Electronic Medical Record : EMR) โดยนำมาประยุกต์ใช้ในแผนกต่างๆ ภายในโรงพยาบาล

ระดับ ๓ Smart Outcome หมายถึง โรงพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาปรับปรุง Core Business Process ในองค์กร ให้มีความเชื่อมโยงกันทั้งระบบ Front Office และ Back Office จนเกิดเป็นระบบวางแผนการใช้ทรัพยากร ERP Model (Enterprise Resource Planning System ; ERP) ส่งผลให้การดำเนินการขององค์กรมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในการให้บริการ

On Digital Process

<u>๑. Smart Place</u>

๑.๑ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

<u>๒. Smart Tools</u>

๒.๑ Queue : มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการและหน้าห้องตรวจ

๒.๒ Queue : มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวบริการ อย่างน้อย ๑ จุด เช่น คิวพบแพทย์

๒.๓ Devices : มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sing) อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

<u>๓. Smart Services</u>

๓.๑ BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการจากผู้รับบริการ

๓.๒ BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

๓.๓ BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ทุกแผนก OPD

๓.๔ BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด บริการ OPD

๓.๕ BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมรการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม

<u>๔. Smart Outcome</u>

๔.๑ BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process

๔.๒ BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยง Core Business Process แบบอัตโนมัติ

๔.๓ Output : มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก

๔.๔ Outcome : มีระยะเวลารอคอยที่เหมาะสม,มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

<u>๕. Smart Hospital</u>

๕.๑ Green : มีการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและอนุรักษ์พลังงานอย่างยั้งยืน

๕.๒ Efficience : มีประสิทธิภาพในการจัดการ, มี Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม ที่สามารถเปรียบเทียบกับหน่วยงานอื่นได้

๕.๓ Quality : มีการให้บริการอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ

๕.๔ Safty : มี Proactive Management ที่ดีทุกมิติ

ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ กำหนดความสำเร็จของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital มีการดำเนินงาน ดังนี้

<u>๑. Smart Place</u>

๑.๑ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาล Green and Clean & Digital Look

<u>๒. Smart Tools</u> (อย่างน้อย ๒ ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

๒.๑ Queue : มีหน้าจอแสดงลำดับคิว ในจุดที่เหมาะสม เพื่อลดความแออัดบริเวณจุดบริการ และหน้าห้องตรวจ

๒.๒ Queue : มีช่องทางออนไลน์ หรือ ช่องทางแจ้งเตือนคิวบริการ อย่างน้อย ๑ จุด เช่น คิวพบแพทย์

๒.๓ Devices : มีการเชื่อมข้อมูลของเครื่องมือแพทย์ (Vital Sing) อย่างน้อย ๑ อุปกรณ์ เข้าสู่ HIS อัตโนมัติ

<u>๓. Smart Services</u> (อย่างน้อย ๔ ข้อ ไม่เรียงลำดับ)

๓.๑ BPM : ยกเลิกการเรียกรับสำเนาบัตรประชาชนและเอกสารอื่นที่ออกโดยราชการ จากผู้รับบริการ

๓.๒ BPM : มีการจัดเก็บข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยด้วยรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์

๓.๓ BPM : มีการใช้ใบสั่งยาในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ทุกแผนก OPD

๓.๔ BPM : มีข้อมูลระยะเวลารอคอยรับบริการ อย่างน้อย ๑ จุด บริการ OPD

๓.๕ BPM : มีบริการนัดหมายแบบเหลื่อมเวลา หรือมีการจัดกลุ่มผู้รับบริการ ได้รับบริการตรงเวลาหรือแตกต่างเล็กน้อยอย่างเหมาะสม

<u>๔. Smart Outcome</u>

๔.๑ BPM : มีการบริหารจัดการ Core Business Process

๔.๒ BPM : มีระบบ ERP ที่เชื่อมโยง Core Business Process แบบอัตโนมัติ

๔.๓ Output : มีข้อมูล Unit Cost ในแต่ละแผนก

๔.๔ Outcome : มีระยะเวลารอคอยที่เหมาะสม,มีการบริหารจัดการ Unit Cost ให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม

๕. เกณฑ์เป้าหมาย :

เป้าหมาย	ปีงบประมาณ		
	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕
๑. หน่วยบริการมีผลการดำเนินงาน Smart Place/Tools และ Smart Services	ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๑๐๐	-
๒. หน่วยบริการมีผลการดำเนินงานในระดับ Smart Outcome	-	ร้อยละ ๒๐	ร้อยละ ๔๐

๖. วัตถุประสงค์ :

๑.เพื่อให้ประชาชนได้ประโยชน์จากการรับบริการในโรงพยาบาล ผ่านช่องทาง online ที่สะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาในการรอคอย

๒.โรงพยาบาล ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ที่เหมาะสมในการพัฒนากระบวนการทำงานและการบริหารจัดการ

๓.บุคลากรในระบบสุขภาพ มีความเข้าใจ และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

๔.เพื่อเตรียมความพร้อมและสนับสนุนให้โรงพยาบาลมีระบบเทคโนโลยีด้านดิจิทัลที่รองรับการพัฒนาเป็น Smart Hospital

๗. วิธีการจัดเก็บข้อมูล : โรงพยาบาลในกลุ่มเป้าหมาย รายงานผลการดำเนินงาน มายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๘. แหล่งข้อมูล: โรงพยาบาลทุกแห่ง ในสังกัด

๙. สูตรการคำนวณ:

(A/B) x ๑๐๐
A = จำนวนหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital
B = จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด

๑๐. เกณฑ์การประเมิน (small Success): ภาพรวมจังหวัด ปี ๒๕๖๔

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน Smart Hospital	-รพ.ผ่านเกณฑ์ Smart Place/Smart Tools/Smart Services ร้อยละ ๑๐๐ **สรุปยอด ณ ๑๕ มี.ค.๖๔**	-รพ.ผ่านเกณฑ์ Smart Place/Smart Tools/Smart Services ร้อยละ ๑๐๐ **สรุปยอด ณ ๑๕ มิ.ย.๖๔**	-รพ.ผ่านเกณฑ์ Smart Place/Smart Tools/Smart Services ร้อยละ ๑๐๐ -รพ.ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ ๒๐ **สรุปยอด ณ ๓๑ ส.ค.๖๔**

๑๑. เกณฑ์การให้คะแนน : รายโรงพยาบาล (คะแนนเต็ม ๕ คะแนน)

ขั้นตอน/คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๑. Smart Place	-	-	-	-	**ต้องผ่าน**
๒. Smart Tools (ต้องผ่าน ๒ ใน ๓ ข้อ)	-	-	ผ่าน ๑ ข้อ	**ผ่าน ๒ ข้อ**	ผ่าน ๓ ข้อ
๓. Smart Services	ผ่าน ๑ ข้อ	ผ่าน ๒ ข้อ	ผ่าน ๓ ข้อ	**ผ่าน ๔ ข้อ**	ผ่าน ๕ ข้อ

ขั้นตอน/คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
๔. Smart Outcome	√	ผ่าน ๑ ข้อ	**ผ่าน ๒ ข้อ**	ผ่าน ๓ ข้อ	ผ่าน ๔ ข้อ

รอบประเมิน/คะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
รอบ ๖ เดือน (ค่าเฉลี่ย)	รวมคะแนนที่ได้ คูณ ๕ หารด้วย ๒๐				
รอบ ๑๒ เดือน (ค่าเฉลี่ย)	รวมคะแนนที่ได้ คูณ ๕ หารด้วย ๒๐				

๑๒. วิธีการประเมินผล :

๑.โรงพยาบาลทุกแห่ง ตรวจสอบผลการดำเนินงานและจัดส่งรายงานผล ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตามแบบประเมิน

๒.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด กำกับติดตาม

๑๓. รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน :

ข้อมูลพื้นฐานประกอบตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ พ.ศ.		
		๒๕๖๑	๒๕๖๒	๒๕๖๓
ร้อยละของหน่วยบริการที่เป็น Smart Hospital		N/A	๓๓.๓๓	๑๐๐
๑. Smart Place/Tools/ Services	ร้อยละ	N/A	N/A	๑๐๐
๒. Smart Outcome	ร้อยละ	N/A	N/A	N/A

๑๔. ผู้กำกับดูแลตัวชี้วัด: นางศรีสุดา วัชรอาภาไพบูลย์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๙๙๐๑ ๖๘๒๐

ผู้จัดเก็บข้อมูล : นายอภิชา เอกธีรธรรม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๑๙๔๗ ๓๖๓๖

หน่วยงาน : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

ภาคผนวก

แบบสรุปผลการปฏิบัติราชการของผู้บริหาร

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ .....

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน		
				๑	๒	๓	๔	๕	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
๑	ร้อยละของเด็กอายุ ๐-๕ ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ ๘๕	ร้อยละ	๕								๐
๒	ระดับความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริม IQ&EQ เด็ก	ร้อยละ	๔								๐
๓	ระดับความสำเร็จของอำเภอที่มีการขับเคลื่อนกิจกรรม TO BE NUMBER ONE	ระดับ	๕								๐
๔	ร้อยละของประชากรสูงอายุที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (ร้อยละ ๖๐)	ร้อยละ	๔								๐
๕	ระดับความสำเร็จการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ร้อยละ	๘								๐
๖	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคมะเร็ง	ระดับ	๘								๐
๗	ระดับความสำเร็จของการดำเนินงานชุมชนต้นแบบรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ	๔								๐
๘	ร้อยละ ๑๐๐ ของจำนวนครัวเรือนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกครัวเรือน มีการปรับปรุงสภาพที่อยู่อาศัยให้สะอาด ปลอดภัย ถูกสุขลักษณะ ตามเกณฑ์ฯ	ร้อยละ	๘								๐
๙	อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าค่ามัธยฐานย้อนหลัง ๕ ปี	ร้อยละ	๔								๐
๑๐	ร้อยละความครอบคลุมการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ	๔								๐
๑๑	ระดับความสำเร็จของจังหวัด คปสอ. ในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC) ที่สามารถปฏิบัติงานได้จริง	ระดับ	๘								๐
๑๒	ระดับความสำเร็จของอำเภอผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ	ระดับ	๔								๐
๑๓	การจัดตั้งคลินิกการให้บริการกัญชาทางการแพทย์จังหวัดสิงห์บุรี	ร้อยละ	๔								๐
๑๔	ร้อยละของผู้ป่วยนอกทั้งหมดที่ได้รับบริการ ตรวจวินิจฉัย รักษาโรค และฟื้นฟูสภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	ร้อยละ	๕								๐

แบบสรุปผลการปฏิบัติราชการของผู้บริหาร

หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๔ รอบที่ .....

ลำดับ	ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ	หน่วยวัด	น้ำหนัก	เกณฑ์การให้คะแนน					ผลการดำเนินงาน		
				๑	๒	๓	๔	๕	ผลการดำเนินงาน	ค่าคะแนนที่ได้	คะแนนถ่วงน้ำหนัก
๑๕	ระดับความสำเร็จของการลดการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉิน ภายใน ๒๔ ชม. ในโรงพยาบาลทุกระดับ	ระดับ	๕								๐
๑๖	ระดับความสำเร็จของหน่วยงานที่มีการดำเนินงานองค์กรแห่งความสุข (Happiorganization)	ระดับ	๔								๐
๑๗	ร้อยละของ รพ.สต. ที่มีสภาพคล่องมากกว่า ๒ เดือน	ร้อยละ	๔								๐
๑๘	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	๔								๐
๑๙	ร้อยละของการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ รพ.สต.ติดดาว	ระดับ	๔								๐
๒๐	ร้อยละของโรงพยาบาล มีการดำเนินงาน Digital ransformation เพื่อก้าวสู่การเป็น Smart Hospital	ร้อยละ	๔								๐
		น้ำหนักรวม	**๑๐๐**						**ค่าคะแนนที่ได้**		

รายงาน ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ผู้รายงาน..... หน่วยงาน.....
ตำแหน่ง.....เบอร์ติดต่อ.....

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี
โทร ๐ ๓๖๘๑๓ ๕๐๓-๔-๖ ต่อ ๑๐๙
โทรสาร ๐ ๓๖๘๑ ๓๕๐๒