



รายละเอียดตัวชี้วัด

ตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

คำนำ

เอกสารรายละเอียดตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จัดทำขึ้นเพื่อประกอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการ ของผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร กับ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอทุกอำเภอ และหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครทุกกลุ่มงาน ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการที่สำคัญ น้ำหนักคะแนน ค่าเป้าหมาย วิธีการประเมินผลรายตัวชี้วัด ทั้งนี้เพื่อเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ ๘ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โดยกำหนดใช้ในการประเมินรอบการประเมิน ปีละ ๒ ครั้ง ตามรอบการพิจารณาความดีความชอบ

มกราคม ๒๕๖๗

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
๑. โรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	๑
๒. ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์	๓
๓. ร้อยละของเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย	๕
๔. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือ ภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ	๙
๕. ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ	๑๒
๖. ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	๑๔
๗. ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	๑๖
๘. ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	๑๙
๙. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	๒๒
๑๐. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ ๕ น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของปีงบประมาณก่อน	๒๖
๑๑. ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่วินิจฉัยและบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	๒๘
๑๒.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	๓๑
๑๒.๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ	๓๑
๑๓. ความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอได้อย่างสมเหตุผล RDU District	๓๕
๑๔. ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพได้รับการตรวจสอบ	๔๑
๑๕. ปริมาณการใช้จ่ายสมุนไพร เทียบกับจำนวนการสั่งจ่ายยาทั้งหมด	๔๔
๑๖. ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามผลการประเมิน UCCARE	๔๕
๑๗. โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การให้บริการ Hospital at home /Home ward	๕๒
๑๘. ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน	๕๖
๑๙. ร้อยละ อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	๕๘
๒๐. ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	๖๐
๒๑. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษา และสุขภาพภาคประชาชน	๖๒
๒๒. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คะแนนตามเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ	๖๖
๒๓. ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมิน ตามเกณฑ์ที่กำหนด	๖๙
๒๔. โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนานาอมัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	๗๒

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
๒๕. ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	๗๖
๒๖. สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คะแนน การประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)	๗๘
๒๗. จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	๙๒
๒๘. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน	๙๖
๒๙. หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	๑๐๐
๓๐. หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	๑๐๒



คำรับรองการปฏิบัติราชการของกลุ่มผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. คำรับรองระหว่าง

นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผู้รับคำรับรอง

และ

กลุ่มรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผู้จัดทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มิใช่สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แบบสรุปการประเมินผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน ค่าเป้าหมาย น้ำหนัก เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งมีหน้าที่ควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติราชการต่างๆ ของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร ได้พิจารณาและเห็นชอบกับตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่กำหนดในเอกสารดำเนินการตามตัวชี้วัดของแต่ละส่วนราชการ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการ ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า กลุ่มรองกลุ่มรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตามข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ดูแล การปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร ว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ แต่ละตัวในระดับสูงสุดเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ได้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นตรงกันแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

สมาน

(นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

(นางสาวธีรารัตน์ พลราชม)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(นายประจักษ์ เทิกขุนทด)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(นางกัญญากัด ศิลารักษ์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

(นายทรงพล แสงงาม)

ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านทันตสาธารณสุข)

(นางปณิตดา ทรัพย์แสนยากร)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

(ด้านบริการทางวิชาการ)

(นางมะลิณี แदनรักษ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

(ด้านส่งเสริมพัฒนา)

(นายพูลสมบัติ ติงมหาอินทร์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ



คำรับรองการปฏิบัติราชการของหัวหน้าหน่วยงานระดับอำเภอ
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. คำรับรองระหว่าง

นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผู้รับคำรับรอง

และ

กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป

ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผู้จัดทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แบบสรุปการประเมินผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน ค่าเป้าหมาย น้ำหนัก เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งมีหน้าที่ควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติราชการต่างๆ ของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร ได้พิจารณาและเห็นชอบกับตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่กำหนดในเอกสารดำเนินการตามตัวชี้วัดของแต่ละส่วนราชการ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการ ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในจังหวัดสกลนคร ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตามข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ดูแล การปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร ว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ แต่ละตัวในระดับสูงสุดเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ได้ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นตรงกันแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

สมพ

(นายมานพ ฉลาดัญญกิจ)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

อส

(นายธนสิทธิ์ ไพรงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสกลนคร

พณ-คณ

(นายพันธ์นพ วรรตดำรงธรรม)

รก.ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน

อสว

(นายพลสวัสดิ์ วงศ์วิชิต)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวานรนิวาส



คำรับรองการปฏิบัติราชการของกลุ่มผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. คำรับรองระหว่าง

นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ผู้รับคำรับรอง

และ

กลุ่มหัวหน้ากลุ่มงาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ผู้จัดทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แบบสรุปการประเมินผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน ค่าเป้าหมาย น้ำหนัก เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งมีหน้าที่ควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติราชการต่างๆ ของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร ได้พิจารณาและเห็นชอบกับตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่กำหนดในเอกสารดำเนินการตามตัวชี้วัดของแต่ละส่วนราชการ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการ ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า กลุ่มหัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตามข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ดูแล การปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสกลนครว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ แต่ละตัวในระดับสูงสุดเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ได้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นตรงกันแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ



(นายมานพ จิตตัญญกิจ) ✓

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร



(นายทรงพล แสงงาม)

หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข



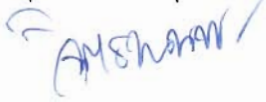
(นายพิรพงษ์ ทองอั้ง)

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข



(นายมานิตย์ ไชยพะยวน)

หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพฯ



(นางจิตรานนท์ โกสีร์ตนาภิบาล)

หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ



(นายปิยะพงษ์ ฉ่ำมณี)

หัวหน้ากลุ่มกฎหมาย



(นางจริยา เครือคำ)

หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม



(นายนรินทร์ สีใส)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป



(นางมะลิณี แदनรักษ์)

หัวหน้ากลุ่มงานประกันสุขภาพ



(นางสุภาณี กิตติสารพงษ์)

หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ



(นายกิตติศักดิ์ ใต้ทอง)

หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชกรรม



(นางสาวตระกูลไทย ฉายแมน)

หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ



(นายอภิวัฒน์ แสงวงศ์)

หัวหน้างานแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก



(นายยุทธนา ทิพย์สุวรรณ)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล



คำรับรองการปฏิบัติราชการของหัวหน้าหน่วยงานระดับอำเภอ
ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. คำรับรองระหว่าง

นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผู้รับคำรับรอง

และ

กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน

ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ผู้จัดทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มิใช่สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แบบสรุปการประเมินผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน ค่าเป้าหมาย น้ำหนัก เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งมีหน้าที่ควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติราชการต่างๆ ของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร ได้พิจารณาและเห็นชอบกับตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่กำหนดในเอกสารดำเนินการตามตัวชี้วัดของแต่ละส่วนราชการ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดสกลนคร ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตามข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ดูแล การปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสกลนครว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ แต่ละตัวในระดับสูงสุดเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นตรงกันแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ



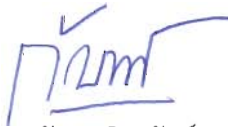
(นายมานพ จิตตัญญกิจ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร



(นางสาวธีรรัตน์ พลราชม)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุสุมาลย์



(นายธนวรรษ หาญสุริย์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดบาก



(นางกัญญาภักดิ์ ศีลารักษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร



(นางสาวพิรุณี สัพโส)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังโคน



(นายวรชัย อาชวานันทกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวาริชภูมิ



(นายวิษณุ เกตุรุน)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิคมน้ำอูน



(นายพันธ์วี คำสาว)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์มั่น ภูริทัตโต



(นางอัญชลี เดติมฉลองวงศ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคำตากล้า



(นางจิรรัฐติกาล สุตวนิชย์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอากาศอำนวย



(นายประจักษ์ เทือกขุนทด)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่องดาว

(นายทีฆัมพร ทิพจร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเต่างอย

(นางณัฐภัสร์ นวัตชัยศิริกุล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ

(นายสังพงษ์ โชคตติวัฒน์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเจริญศิลป์

(นายตฤณพงศ์ อีร์พงศ์ธนสุข)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพนนาแก้ว

(นายรัฐพงศ์ วิริยะศักดิ์ไพศาล)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน หนองเรือ



คำรับรองการปฏิบัติราชการของหัวหน้าหน่วยงานระดับอำเภอ
ในสังกัดงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

๑. คำรับรองระหว่าง

นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ผู้รับคำรับรอง

และ

กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ

ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ผู้จัดทำคำรับรอง

๒. คำรับรองนี้เป็นคำรับรองฝ่ายเดียว มีใช้สัญญาและใช้สำหรับระยะเวลา ๑ ปี เริ่มตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ ถึงวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

๓. รายละเอียดของคำรับรอง ได้แก่ แบบสรุปการประเมินผลสัมฤทธิ์ ประกอบด้วย ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน ค่าเป้าหมาย น้ำหนัก เกณฑ์การให้คะแนนตามระดับค่าเป้าหมาย และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่ปรากฏอยู่ในเอกสารประกอบท้ายคำรับรองนี้

๔. ข้าพเจ้า นายมานพ ฉลาดธัญญกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งมีหน้าที่ควบคุม กำกับ ดูแลการปฏิบัติราชการต่างๆ ของหน่วยงานสาธารณสุขในจังหวัดสกลนคร ได้พิจารณาและเห็นชอบกับตัวชี้วัดผลการปฏิบัติราชการ น้ำหนัก ข้อมูลพื้นฐาน เป้าหมาย เกณฑ์การให้คะแนน และรายละเอียดอื่น ๆ ตามที่กำหนดในเอกสารดำเนินการตามตัวชี้วัดของแต่ละส่วนราชการ และข้าพเจ้ายินดีจะให้คำแนะนำ กำกับ และตรวจสอบผลการปฏิบัติราชการ ให้เป็นไปตามคำรับรองที่จัดทำขึ้นนี้

๕. ข้าพเจ้า กลุ่มสาธารณสุขอำเภอ ได้ทำความเข้าใจคำรับรองตามข้อ ๓ แล้ว ขอให้คำรับรองกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ซึ่งเป็นผู้ควบคุม กำกับ ดูแล การปฏิบัติราชการของหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดสกลนครว่าจะมุ่งมั่นปฏิบัติราชการให้เกิดผลงานที่ดีตามเป้าหมายของตัวชี้วัดตามกรอบการประเมินผลการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ แต่ละตัวในระดับสูงสุดเพื่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนตามที่ให้คำรับรองไว้

๖. ผู้รับคำรับรองและผู้ทำคำรับรอง ได้เข้าใจคำรับรองการปฏิบัติราชการและเห็นตรงกันแล้วจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

2MA1

(นายมานพ ฉลาตธัญญกิจ)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

(นายเทอดศักดิ์ จุลนีย์)
สาธารณสุขอำเภอเมืองสกลนคร

(นายสุรพล สายคำภา)
สาธารณสุขอำเภอสว่างแดนดิน

(นายชุมพล สารีคำ)
สาธารณสุขอำเภอวานรนิวาส

(นางภาวิดา อุดมฉวี)
สาธารณสุขอำเภอบ้านม่วง

(นายพงษ์ศักดิ์ หัสกรรจ)
สาธารณสุขอำเภอพังโคน

(นายวิกรานต์ งอธีราช)
สาธารณสุขอำเภออากาศอำนวย

(นายสมปอง ฤทธิศรีบุญ)
สาธารณสุขอำเภอพรรณานิคม

(นายพัฒนา ไชยชมภู)
สาธารณสุขอำเภอคำตาก้า

(นายกมล ตงศิริ)
สาธารณสุขอำเภวาริชภูมิ

(นายพัลลธรธรณ์ ภัทรอำรุงกุล)
สาธารณสุขอำเภอกุสุมาลย์

(นายกิงเพชร ศรีเทียน)
สาธารณสุขอำเภอส่องดาว

(นางไพรวลัย สุทธิแสน)
สาธารณสุขอำเภอเจริญศิลป์

(นายอุดม วรโคตร)
สาธารณสุขอำเภอโพนนาแก้ว

(นายณัฐพล มีพรหม)
สาธารณสุขอำเภอกุดบาก

(นางละมัย หลีกทอง)
สาธารณสุขอำเภอนิคมน้ำอูน

(นายภุชพงศ์ สุพัฒน์กุล)
สาธารณสุขอำเภอโคกศรีสุพรรณ

(นายณัฐวุฒิ อดนาม)
สาธารณสุขอำเภอภูพาน

(นายประยูร แก้วคำแสน)
สาธารณสุขอำเภอเต่างอย

กรอบการประเมินผลตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

ลำดับ ตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ค่าเป้าหมาย	ความสอดคล้องตัวชี้วัด			ค่าน้ำหนัก ของตัวชี้วัด	ความถี่ในการ ติดตาม	ระดับการวัด	เกณฑ์การประเมิน					รอบประเมิน		กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ตัวชี้วัดตรวจ ราชการ	ตัวชี้วัด PA กระทรวง	ตัวชี้วัดตาม นโยบายนพ. สสจ.				1	2	3	4	5	6 เดือน (/)	12 เดือน (/)	
๑	ร้อยละโรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร	ร้อยละ	ร้อยละ ๑๐๐	√	√	√	๒	ทุก ๓ เดือน	รพ.	<๗๐	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	๙๐-๙๙	๑๐๐	√	√	ส่งเสริมสุขภาพ
๒	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ ≤ ๑๒ สัปดาห์	ร้อยละ	ร้อยละ ๗๕	√	√		๓	ทุก ๓ เดือน	คปสอ.	๔๐-๕๐	๕๑-๖๐	๖๑-๗๐	๗๑-๘๐	>๘๐	√	√	ส่งเสริมสุขภาพ
๓	ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย	ร้อยละ	ร้อยละ ๘๖	√	√	√	๕	ทุก ๓ เดือน	คปสอ.	<๕๖	๕๖-๖๕	๖๖-๗๕	๗๖-๘๕	≥๘๖	√	√	ส่งเสริมสุขภาพ
๔	ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง เสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๔.๑ ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยง ติดตาม ส่งต่อ	ร้อยละ	ร้อยละ ๕๐	√	√	√	๕	ทุก ๓ เดือน	คปสอ.	<๒๐	๒๐-๒๙	๓๐-๓๙	๔๐-๔๙	๕๐	√	√	ส่งเสริมสุขภาพ
๔.๒	ภาวะเสี่ยงหกล้ม ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงติดตาม ส่งต่อ	ร้อยละ	ร้อยละ ๖๐	√	√												
๕	ร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ	ร้อยละ	ร้อยละ ๗๕			√	๓	ทุกเดือน	คปสอ.	≤ ๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	๙๐-๙๙	๑๐๐	√	√	ทันตสาธารณสุข
๖	ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	ร้อยละ	ร้อยละ ๙๐	√	√		๓	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	๕๐-๕๙	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	≥๙๐	√	√	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๗	ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดัน โลหิตสูง	ร้อยละ	ร้อยละ ๙๐	√	√		๓	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	√	√	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๘	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	น้อยกว่าร้อยละ ๒		√		๓	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	๒	๑.๕	๑	๐.๕	๐	√	√	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๙	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อแสน ประชากร	≤ 8.0	√	√		๓	ทุก ๑๒ เดือน	คปสอ.	≤ ๑๒.๐	≤ ๑๑.๐	≤ ๑๐.๐	≤ ๙.๐	≤ ๘.๐	√	√	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๑๐	๑๐.๑ ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนได้รับการ ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)	ร้อยละ	ร้อยละ ๙๐	√	√		๒	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	๕๐	๖๐	๗๐	๘๐	๙๐	√	√	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๑๐.๒	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ ๕ น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของปีงบประมาณก่อน	ร้อยละ	น้อยกว่าร้อยละ ๑๐	√	√		๒	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	๑๐	๘	๖	๔	๒	√	√	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแล อย่างมีคุณภาพต่อเนื่องถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ	ร้อยละ ๖๐		√	√	๔	ทุก ๓ เดือน	คปสอ.	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	๖๐	√	√	ควบคุมโรคไม่ติดต่อ
๑๒	๑๒.๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่	ร้อยละ	ร้อยละ ๘๘	√	√		๓	ทุก ๓ เดือน	รพ.	≤ ๔๖	๔๗-๖๐	๖๑-๗๔	๗๕-๘๘	>๘๘	√		ควบคุมโรคติดต่อ
๑๒.๒	อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และ กลับเป็นซ้ำ	ร้อยละ	ร้อยละ ๘๕	√	√		๓	ทุก ๓ เดือน	รพ.	≤ ๔๓	๔๔-๕๗	๕๘-๗๑	๗๒-๘๕	>๘๕	√		ควบคุมโรคติดต่อ
๑๓	ความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอได้อย่างสมดุลผล RDU District	ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๕	√	√		๓	ทุก ๓ เดือน	คปสอ.	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน	√	√	คุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข
๑๔	ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพได้รับ การตรวจสอบ	ร้อยละ	ร้อยละ ๗๐	√		√	๓	ทุก ๓ เดือน	คปสอ.	< ๕๕	๕๕ - ๕๙	๖๐ - ๖๔	๖๕ - ๖๙	>=๗๐	√	√	คุ้มครองผู้บริโภคและ เภสัชสาธารณสุข
๑๕	ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการส่งจ่ายทั้งหมด	ร้อยละ	ร้อยละ ๒๐		√	√	๓	ทุก ๓ เดือน	คปสอ.	< ๑๕	๑๕-๑๗	๑๘-๒๐	๒๑-๒๓	≥๒๔	√	√	แพทย์แผนไทยยา
๑๖	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามผลการประเมิน UCCARE	ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๕	√	√	√	๒	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	√	√	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
๑๗	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การให้บริการ Hospital at home /Home ward	ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๕	√	√	√	๓	ทุก ๖ เดือน	รพ.	๑-๕ ข้อ	-	๖-๑๑ ข้อ	-	ครบ ๑๒ ข้อ	√	√	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ

ลำดับ ตัวชี้วัด	ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยวัด	ค่าเป้าหมาย	ความสอดคล้องตัวชี้วัด			ค่าน้ำหนัก ของตัวชี้วัด	ความถี่ในการ ติดตาม	ระดับการวัด	เกณฑ์การประเมิน					รอบประเมิน		กลุ่มงานที่รับผิดชอบ
				ตัวชี้วัดตรวจ ราชการ	ตัวชี้วัด PA กระทรวง	ตัวชี้วัดตาม นโยบายนพ. สสจ.				1	2	3	4	5	6 เดือน (/)	12 เดือน (/)	
๑๘	ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน	ร้อยละ	ร้อยละ ๖๕	√	√		๓	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	< ๕๐	๕๐ -๕๔	๕๕-๕๙	๖๐ - ๖๔	≥ ๖๕	√	√	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
๑๙	ร้อยละอสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล	ร้อยละ	ร้อยละ ๖๕	√	√	√	๓	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	< ๕๐	๕๐ -๕๔	๕๕-๕๙	๖๐ - ๖๔	≥ ๖๕	√	√	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
๒๐	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ	ร้อยละ ๘๐	√	√		๓	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	< ๖๕	๖๕-๖๙	๗๐-๗๔	๗๕-๗๙	≥ ๘๐	√	√	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
๒๑	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพและสุขภาพภาคประชาชน	ระดับความสำเร็จ	ระดับ ๕		√		๒	ทุก ๖ เดือน	คปสอ.	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕	√	√	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
๒๒	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คะแนนตามเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ	คะแนน	๙๐๐		√	√	๕	ทุก ๓ เดือน	คปสอ.	< ๖๐๐	๖๐๐-๖๙๙	๗๐๐-๗๙๙	๘๐๐ - ๘๙๙	≥ ๙๐๐	√	√	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
๒๓	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ ความสำเร็จ	ร้อยละ ๑๐๐	√			๓	ทุก ๓ เดือน	สสอ.	๗๕-๗๙	๘๐-๘๔	๘๕-๘๙	๙๐-๙๔	๙๕-๑๐๐	√	√	พัฒนาคุณภาพและ รูปแบบบริการ
๒๔	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	ร้อยละ ความสำเร็จ	ระดับมาตรฐาน ขึ้นไป	√	√	√	๓	๑๒ เดือน	คปสอ.	ระดับ มาตรฐาน		ระดับดีเยี่ยม		ระดับท้าทาย		√	อนามัยสิ่งแวดล้อม
๒๕	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด	ร้อยละ	ร้อยละ ๔๐	√	√	√	๓	๑๒ เดือน	คปสอ.	๐-๑๙	๒๐-๒๙	๓๐-๓๙	๔๐-๔๙	≥ ๕๐	√	√	อนามัยสิ่งแวดล้อม
๒๖	สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คะแนนการประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)			√	√	√	๕	๖ เดือน	รพ.						√	√	พัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
๒๖.๑	ร้อยละของสถานบริการ รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	ร้อยละ	ร้อยละ ๘๐								≤ ๔๙	๕๐-๕๙	๖๐-๖๙	๗๐ - ๗๙	≥ ๘๐		
๒๖.๒	ร้อยละของสถานบริการ รพช./รพท. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	ร้อยละ	ร้อยละ ๓๐								๐	๑ - ๙	๑๑ - ๑๙	๒๑ - ๒๙	≥ ๓๐		
๒๖.๓	ร้อยละของสถานบริการ รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	ร้อยละ	ร้อยละ ๑๐								๐	๑ - ๓	๔ - ๖	๗- ๙	≥ ๑๐		
๒๗	จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด	จำนวน	๑ เรื่อง				๓	๑๒ เดือน	คปสอ.	-	-	-	-	๑ เรื่อง	√	√	พัฒนายุทธศาสตร์ สาธารณสุข
๒๘	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน			√	√		๓	๖ เดือน	รพ.						√	√	ประกันสุขภาพ
๒๘.๑	โรงพยาบาลไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ ๗)	ระดับ	ระดับ ๗ ≤ ร้อย ละ ๐								-	-	-	-	๐		
๒๘.๒	โรงพยาบาลไม่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ ๖)	ระดับ	ระดับ ๖ ≤ ร้อย ละ ๐								-	-	-	-	๐		
๒๙	ร้อยละของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA	ร้อยละ	ร้อยละ ๙๐		√	√	๓	๓ เดือน	คปสอ.	-	-	-	-	๖๐	√	√	กฎหมาย
๓๐	ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	ร้อยละ	ร้อยละ ๘๔	√			๓	๖ เดือน	คปสอ.	๕๐-๕๙	๖๐-๖๙	๗๐-๗๙	๘๐-๘๙	>๙๐	√	√	บริหารทั่วไป
รวมคะแนน							100										

หมวด	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ Promotion Prevention & Protection Excellence (PP&P Excellence)
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย
โครงการที่	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัดวัดเป็นร้อยละ / ระดับ รพ.วัดการจัดให้มีบริการตามองค์ประกอบ
ตัวชี้วัดที่ ๑	โรงพยาบาล/สถานพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
คำนิยาม	คลินิกส่งเสริมการมีบุตร หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการ จัดบริการดูแล รักษาภาวะมีบุตรยาก ตามศักยภาพ เช่น การให้คำปรึกษาเรื่องการมีบุตร การวางแผนครอบครัว ประเมินและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เพื่อเพิ่มโอกาสการตั้งครรภ์การ ประเมินสาเหตุ สืบค้นเพื่อหาสาเหตุภาวะ มีบุตรยากเบื้องต้น การรักษาโรคที่เป็นสาเหตุการ กระตุ้นไข่และเหนียวน้ำ การตกไข่สำหรับกรณีต่อสูจิเข้าโพรงมดลูก (IUI : Intrauterine insemination) ให้เป็นไปตามศักยภาพของโรงพยาบาล ๑๐๐ วันแรก ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
คำเป้าหมาย	มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร ๑ จังหวัด ๑ แห่ง ร้อยละ ๑๐๐ ของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
วัตถุประสงค์	เพิ่มจำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในการจัดบริการคลินิกส่งเสริม การมีบุตร
ประชากร กลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การสำรวจด้วยแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์
แหล่งข้อมูล	การสำรวจโดยกรมอนามัยร่วมกับสำนักงานสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑ (รายเดือน)	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีคลินิกส่งเสริมการมีบุตร
รายการข้อมูล ๒ (รายเดือน)	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด ๑	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประมวลผล	ทุกไตรมาส

เกณฑ์เป้าหมาย	<p>๑๐๐ วันแรก: ๑ จังหวัด ๑ แห่ง</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ ๓๐ วัน</td> <td>รอบ ๖๐ วัน</td> <td>รอบ ๙๐ วัน</td> <td>รอบ ๑๐๐ วัน</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>ปี๒๕๖๗: รอบ ๖ เดือน รอบ ๙ เดือน รอบ ๑๒ เดือน</p> <table border="1"> <tr> <td>รอบ ๖ เดือน</td> <td>รอบ ๙ เดือน</td> <td>รอบ ๑๒ เดือน</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละ ๕๐</td> <td>ร้อยละ ๗๐</td> <td>ร้อยละ ๑๐๐</td> </tr> </table>	รอบ ๓๐ วัน	รอบ ๖๐ วัน	รอบ ๙๐ วัน	รอบ ๑๐๐ วัน					รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๑๐๐
รอบ ๓๐ วัน	รอบ ๖๐ วัน	รอบ ๙๐ วัน	รอบ ๑๐๐ วัน												
รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน													
ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๑๐๐													
วิธีประเมิน เอกสารสนับสนุน	วิเคราะห์จากข้อมูลการสำรวจ ตัวอย่าง เช่น คู่มือ,งานวิจัย, เอกสารทางวิชาการ เป็นต้น														
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด</th> <th rowspan="2">หน่วย วัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ</th> </tr> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๒๕๖๔</th> <th>ปีงบประมาณ ๒๕๖๕</th> <th>ปีงบประมาณ ๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>ร้อยละ</td> <td>NA</td> <td>NA</td> <td>NA</td> </tr> </tbody> </table>	ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด	หน่วย วัด	ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ			ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖		ร้อยละ	NA	NA	NA	
ข้อมูลพื้นฐานประกอบ ตัวชี้วัด	หน่วย วัด			ผลการดำเนินงานปีงบประมาณ											
		ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖											
	ร้อยละ	NA	NA	NA											
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสาน งานตัวชี้วัด	<p>๑.นางสุภาณี กิตติสารพงษ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทร ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๒๑-๑ โทรสาร : ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ มือถือ : ๐๘๒-๒๙๔-๙๖๙๕</p> <p>๒. นางสาวลีลวัฒน์ กองศูนย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โทร ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๒๑-๒ โทรสาร : ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ มือถือ : ๐๙-๖๙๕๔-๕๕๔๖ Email: mchsakon@gmail.com</p>														
ผู้บันทึกข้อมูล	โรงพยาบาลทุกแห่ง ในจังหวัดสกลนคร														
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ งานอนามัยแม่และเด็ก นางสาวลีลวัฒน์ กองศูนย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทร ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๒๑-๒ โทรสาร : ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ มือถือ : ๐๙-๖๙๕๔-๕๕๔๖ Email: mchsakon@gmail.com														

หมวด	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ Promotion Prevention & Protection Excellence (PP&P Excellence)			
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย			
โครงการที่	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย			
ระดับการแสดงผล	ระดับจังหวัด วัดเป็นร้อยละ / ระดับคปสอ. (รพ.และสสอ.) วัดเป็นร้อยละ			
ตัวชี้วัดที่ ๒	ร้อยละหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์			
คำนิยาม	หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก เมื่ออายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ ณ สถานการณ์นั้น ๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด **หญิงไทยทุกรายที่คลอดในเขตรับผิดชอบ หมายถึง หญิงไทยคลอดในเขตรับผิดชอบและหญิงไทยคลอดที่มารับบริการประกอบด้วย ๑.หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดทุกคนที่อาศัยในเขตรับผิดชอบ ๒.หญิงไทยตั้งครรภ์ที่คลอดที่อาศัยอยู่นอกเขตรับผิดชอบที่มารับบริการคลอด			
เกณฑ์เป้าหมาย : ร้อยละ ๗๕				
	ปีงบประมาณ ๖๓	ปีงบประมาณ ๖๔	ปีงบประมาณ ๖๕	ปีงบประมาณ ๖๖
	๙๐ (ห้าทศ)	๙๐ (ห้าทศ)	๙๐ (ห้าทศ)	๗๕
เป้าประสงค์	ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ ๑๒ สัปดาห์ มากกว่าร้อยละ ๗๕			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หญิงคลอดทุกรายในเขตพื้นที่รับผิดชอบ			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	สถานบริการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมหลักของสถานบริการ ส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานโครงสร้าง ๔๓ แฟ้ม			
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร/ศูนย์อนามัยที่ ๑-๑๒ /ฐานข้อมูล๔๓ แฟ้ม			
รายการข้อมูล	A = จำนวนหญิงคลอดตาม B ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ \leq ๑๒ สัปดาห์ (ข้อมูลจากสมุดสีชมพูบันทึกลงใน ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม ANC) B = จำนวนหญิงไทยในเขตรับผิดชอบที่สิ้นสุดการตั้งครรภ์ทั้งหมด (ฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม : แฟ้ม Labor)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	A/BX๑๐๐			
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส			
เกณฑ์การประเมิน :ร้อยละ ๗๕				
ปี ๒๕๖๗				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙เดือน	รอบ ๑๒เดือน
	ร้อยละ ๑๕	ร้อยละ ๓๐	ร้อยละ ๔๕	ร้อยละ ๗๕

วิธีการประเมินผล :	ผลงานเปรียบเทียบกับเป้าหมาย				
เอกสารสนับสนุน :	คู่มือ ANC คุณภาพ /สมุดฝากครรภ์แม่และเด็ก				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data (AMR)	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	HDC	ร้อยละ	๙๐.๙๘	๘๗.๕๘	๗๖.๐๕
	เกณฑ์การให้คะแนน				
	ร้อยละ ๔๐ -๕๐		๑		
	มากกว่าร้อยละ ๕๐ - ๖๐		๒		
	มากกว่าร้อยละ ๖๐ - ๗๐		๓		
มากกว่าร้อยละ ๗๐ - ๘๐		๔			
มากกว่าร้อยละ ๘๐		๕			
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาวลีลวัฒน์ กองศูนย์ ๐๙ ๖๙๕๔ ๕๕๔๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร E-mail: mchsakon@gmail.com				
หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและสื่อสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางสาวลีลวัฒน์ กองศูนย์ ๐๙ ๖๙๕๔ ๕๕๔๖ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร E-mail: mchsakon@gmail.com				

หมวด	Promotion, Prevention & Protection Excellence (ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ)
แผนที่	แผนงานที่ ๑ : การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)
โครงการที่	๑. โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย
ลักษณะ	KPI เชิงปริมาณ (ร้อยละ)
ระดับการประเมิน	<input type="checkbox"/> ผู้อำนวยการโรงพยาบาล <input type="checkbox"/> สสอ. <input type="checkbox"/> รพ.สต.
ตัวชี้วัดที่ ๓	ตัวชี้วัดหลัก : ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย (\geqร้อยละ ๘๖) ตัวชี้วัดย่อย (Monitor) ๑. ร้อยละของเด็กปฐมวัย ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ (\geq ร้อยละ ๙๐) ๒. ร้อยละของเด็กปฐมวัย ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ พบว่าสงสัยพัฒนาการล่าช้า (\geq ร้อยละ ๒๐) ๓. ร้อยละของเด็กปฐมวัย ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการ พบว่าสงสัยพัฒนาการล่าช้า ได้รับการส่งเสริม/กระตุ้นภายใน ๑ เดือน ติดตามได้ (\geq ร้อยละ ๙๐)
คำนิยาม	เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กแรกเกิด จนถึงอายุ ๕ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กทุกคนได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวัง และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก ร่วมกับเด็กที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามให้ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐) คำนิยามเพิ่มเติม <ul style="list-style-type: none"> การคัดกรองพัฒนาการ หมายถึง ความครอบคลุมของการคัดกรองเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ณ ช่วงเวลาที่มีการคัดกรองโดยเป็นเด็กในพื้นที่ (Type๑: มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและ Type๓ : ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต) พัฒนาการสงสัยล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) และ ผลการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน ทั้งเด็กที่ต้องแนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑) รวมกับเด็กที่สงสัยล่าช้า ส่งต่อทันที (๑B๒๖๒ : เด็กที่พัฒนาการล่าช้า/ความผิดปกติอย่างชัดเจน) พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตาม หมายถึง เด็กที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการตามอายุของเด็กในการประเมินพัฒนาการครั้งแรกผ่านไม่ครบ ๕ ด้าน เฉพาะกลุ่มที่แนะนำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ส่งเสริมพัฒนาการตามวัยภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๑)

	แล้วติดตามกลับมาประเมินคัดกรองพัฒนาการครั้งที่ ๒				
	<ul style="list-style-type: none"> เด็กพัฒนาการล่าช้า หมายถึง เด็กที่ได้รับตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ไม่ผ่าน ครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรกและครั้งที่ ๒ (๑B๒๐๒, ๑B๒๑๒, ๑B๒๒๒, ๑B๒๓๒, ๑B๒๔๒) 				
เกณฑ์เป้าหมาย :					
	ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> ส่งเสริมให้เด็กเจริญเติบโต พัฒนาการสมวัย พร้อมเรียนรู้ ตามช่วงวัย พัฒนาระบบบริการตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กคุณภาพของหน่วยบริการทุกระดับ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักรู้ เรื่องการเลี้ยงดูเด็กอย่างมีคุณภาพ 				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กไทยอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทุกคนที่อยู่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบ (Type๑ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตัวอยู่จริงและType๓ ที่อาศัยอยู่ในเขต แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> สถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ นำข้อมูลการประเมินพัฒนาการเด็ก บันทึกในโปรแกรมหลักของสถานบริการฯ เช่น JHCIS HosXP PCU เป็นต้น และส่งออกข้อมูลตามโครงสร้างมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ในระบบ Health Data Center (HDC SERVICE) กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์และจัดทำสรุปรายงานและประเมินผลตามเกณฑ์เป้าหมายในแต่ละรอบของพื้นที่ ศูนย์อนามัยและสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ วิเคราะห์ข้อมูลสรุปรายงานและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 				
แหล่งข้อมูล	สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง ส่งข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้า HDC				
รายการข้อมูล ๑	<p>A = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) แล้วผลการตรวจคัดกรอง ผ่านครบ ๕ ด้าน ในการตรวจคัดกรองพัฒนาการครั้งแรก</p> <p>a = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองพัฒนาการพบพัฒนาการสงสัยล่าช้าและได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ และประเมินซ้ำแล้วผลการประเมิน ผ่านครบ ๕ ด้านภายใน ๓๐ วัน (๑B๒๖๐)</p>				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนเด็กอายุ ๙, ๑๘, ๓๐, ๔๒ และ ๖๐ เดือน ทั้งหมด ในช่วงเวลาที่กำหนด				

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	= $\frac{(A_9+a_9)+(A_{18}+a_{18})+(A_{30}+a_{30})+(A_{42}+a_{42})+(A_{60}+a_{60})}{B} \times 100$		
ระยะเวลาประเมินผล	ทุกเดือน แบบสะสมรายไตรมาส		
เกณฑ์การประเมิน :			
ปี ๒๕๖๖:			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖
ปี ๒๕๖๗:			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๖	ร้อยละ ๘๘
ปี ๒๕๖๘:			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๘๗	ร้อยละ ๘๗
ปี ๒๕๖๙:			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘
ปี ๒๕๗๐:			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘	ร้อยละ ๘๘
วิธีการประเมินผล :	ใช้ข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ประมวลผลทุก ๓๐ วัน (ทุกเดือน) การดึงข้อมูลจาก HDC ต้องรอการบันทึกข้อมูล สมบูรณ์ อย่างน้อย ๔๕ วัน		
เกณฑ์การให้คะแนน ๑ ถึง ๕	เกณฑ์การให้คะแนน		
	< ร้อยละ ๕๖	๑	
	ร้อยละ ๕๖-๖๕.๙	๒	
	ร้อยละ ๖๖-๗๕.๙	๓	
	ร้อยละ ๗๖-๘๕.๙	๔	
	≥ ร้อยละ ๘๖	๕	
เอกสารสนับสนุน :	๑.สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก , Platform Pinkbook		

	<p>https://healthplatform.anamai.moph.go.th/</p> <p>๒.คู่มือนักส่งเสริมพัฒนาการเด็กหลักสูตรเร่งรัด ประจำโรงพยาบาล</p> <p>https://bit.ly/๓CkGHss</p> <p>๓.คู่มือ DSPM https://nich.anamai.moph.go.th/th/e-book/๒๗๘๘#wow-book/</p> <p>๔.ตำรับอาหารสำหรับสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย https://bit.ly/๓irbmMM</p> <p>๕.หลักสูตรออนไลน์ วิธีใหม่ (New normal)</p> <ul style="list-style-type: none"> - การเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย : ภาคทฤษฎี <p>https://bit.ly/๒Vje๔S</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้อำนวยการเล่น (PLAY WORKER) https://bit.ly/๒VxlQBg - อาหารและโภชนาการสำหรับประชาชน https://bit.ly/๓CkJou๔
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นางสุภาณี กิตติสารพงษ์ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ โทร ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๒๑-๒ โทรสาร : ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ มือถือ : ๐๘-๒๒๙๔-๙๖๙๕</p> <p>๒. นายถาวร เมฆราช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ มือถือ : ๐๘-๑๘๗๖-๖๐๖๖ Email: thaworn.mek@gmail.com</p>
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>นายถาวร เมฆราช นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ</p> <p>กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โทร ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๒๑-๒ โทรสาร : ๐-๔๒๗๑-๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ มือถือ : ๐๘-๑๘๗๖-๖๐๖๖</p> <p>Email: thaworn.mek@gmail.com</p>

หมวด	ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ Promotion Prevention & Protection Excellence (PP&P Excellence)												
แผนที่	การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย												
โครงการ	โครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย												
ระดับการวัด	ระดับจังหวัดวัดเป็นร้อยละ / ระดับ คปสอ.(สสอ. รพ.) วัดเป็นร้อยละ												
ตัวชี้วัดที่ ๔	๑. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๒.๑ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ๒.๒ ร้อยละของผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง พบว่าเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ												
คำนิยาม	ภาวะเสี่ยงสมองเสื่อม (การคัดกรอง AMT) พบเสี่ยง คือตอบถูกน้อยกว่า ๗ ข้อ สมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากมีการเสื่อมถอยของความสามารถสมองไปเรื่อยๆ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่อง ซึ่งในช่วงแรกๆ จะทำให้ไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าๆ ที่เคยรู้หรือเคยทำได้ตามลำดับ ร่วมกับมีอาการอื่นๆ ที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องการคิดคำนวณ สมาธิการรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม การใช้ภาษา ความคิดริเริ่ม ความเข้าใจในสิ่งที่เป็ นนามธรรมร่วมกับมีอาการมึนงงพฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป ภาวะเสี่ยงหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT) พบเสี่ยง ใช้เวลาตั้งแต่ ๑๒ วินาทีขึ้นไป ภาวะหกล้ม (Fall) เหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลหลุดตัวลงกับพื้น หรือระดับที่ต่ำกว่าเดิมโดยไม่ตั้งใจ ทั้งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บของร่างกาย แต่ไม่รวมการหกล้มอันเกิดจากแรงกระทำภายนอก หรือการหกล้มที่เกิดจากการเจ็บป่วย												
หน่วยวัด	ร้อยละ												
น้ำหนัก													
เกณฑ์เป้าหมาย	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">เกณฑ์เป้าหมาย</th> <th style="width: 30%;">เป้าหมาย (ร้อยละ)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (การคัดกรอง Mini Coc / AMT) ทุกคน</td> <td style="text-align: center;">≥ ๑๐๐</td> </tr> <tr> <td>๒. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT) ทุกคน</td> <td style="text-align: center;">≥ ๑๐๐</td> </tr> <tr> <td>๓. กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมได้รับการดูแลแก้ไข้ปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ</td> <td style="text-align: center;">≥ ๕๐</td> </tr> <tr> <td>๔. กลุ่มเสี่ยงหกล้มได้รับการดูแลแก้ไข้ปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ</td> <td style="text-align: center;">≥ ๖๐</td> </tr> <tr> <td>๕. กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ดีขึ้นได้รับการส่งต่อและหรือดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ</td> <td style="text-align: center;">๑๐๐</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย (ร้อยละ)	๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (การคัดกรอง Mini Coc / AMT) ทุกคน	≥ ๑๐๐	๒. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT) ทุกคน	≥ ๑๐๐	๓. กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมได้รับการดูแลแก้ไข้ปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	≥ ๕๐	๔. กลุ่มเสี่ยงหกล้มได้รับการดูแลแก้ไข้ปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	≥ ๖๐	๕. กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ดีขึ้นได้รับการส่งต่อและหรือดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ	๑๐๐
เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย (ร้อยละ)												
๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (การคัดกรอง Mini Coc / AMT) ทุกคน	≥ ๑๐๐												
๒. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT) ทุกคน	≥ ๑๐๐												
๓. กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมได้รับการดูแลแก้ไข้ปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	≥ ๕๐												
๔. กลุ่มเสี่ยงหกล้มได้รับการดูแลแก้ไข้ปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	≥ ๖๐												
๕. กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ดีขึ้นได้รับการส่งต่อและหรือดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ	๑๐๐												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้สูงอายุทุกคน (ผู้สูงอายุ ๖๐ ปี บริบูรณ์ขึ้นไป) ในเขตสุขภาพที่ ๘												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. ผู้ประเมินคลินิกผู้สูงอายุรายงานผลการประเมินผ่านช่องทางของสถาบันเวชศาสตร์ฯ												

รายละเอียดตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

	<p>ผู้สูงอายุกรมการแพทย์</p> <p>๒. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร่วมกับ สำนักนิเทศระบบการแพทย์กรมการแพทย์ รวบรวม ประเมินผล และรายงานผลในการประชุมผู้ตรวจราชการตามไตรมาส คืบข้อมูลให้ ศูนย์วิชาการเขต</p>																																								
แหล่งข้อมูล	Website สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ http://agingthai.dms.go.th/ และหรือ Health Data Center (HDC)																																								
รายการข้อมูล ๑	<p>$A_{(1)}$ = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (การคัดกรอง AMT) (43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1220 + 1B1221 + 1B1223)</p> <p>$A_{(2)}$ = จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT) (43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1200 + 1B1201 + 1B1202 + 1B1209)</p> <p>$A_{(3)}$ = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมที่ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1221)</p> <p>$A_{(4)}$ = จำนวนผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ (43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1201)</p> <p>$A_{(5)}$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงหกล้มที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิไม่ดีขึ้น ได้รับการส่งต่อและหรือดูแลในคลินิกผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ (43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1202) จะดูว่าไป รพ.หรือไม่ให้ดูรหัส R296)</p>																																								
รายการข้อมูล ๒	<p>$B(1)$ = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>$B(2)$ = จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในปีที่รายงาน</p> <p>$B(3)$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงสมองเสื่อม (จากการคัดกรอง AMT) ทั้งหมด (คัดกรอง AMT แล้วเสี่ยง 43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1221 + 1B1223)</p> <p>$B(4)$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT) ทั้งหมด (ประเมินด้วย TUGT) 43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1201 + 1B1202)</p> <p>$B(5)$ = จำนวนผู้สูงอายุเสี่ยงหกล้มที่ส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิแล้วไม่ดีขึ้น ทั้งหมด (43 แฟ้ม Special pp. รหัส 1B1202) จะดูว่าไปรพ.หรือไม่ให้ดูรหัส R296)</p>																																								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>๑. $(A(๑)/B(๑)) \times ๑๐๐$ ๒. $(A(๒)/B(๒)) \times ๑๐๐$ ๓. $(A(๓)/B(๓)) \times ๑๐๐$</p> <p>๔. $(A(๔)/B(๔)) \times ๑๐๐$ ๕. $(A(๕)/B(๕)) \times ๑๐๐$</p>																																								
ระยะเวลาประเมินผล	<p>๑) รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานทุก ๓ เดือน ตามไตรมาส ประมวลผลทุก ๑ ปี</p> <p>๒) การนิเทศติดตามการดำเนินงาน ๒ ครั้ง/ปี พร้อมการตรวจราชการ/ กระทบวง</p>																																								
เกณฑ์การให้คะแนน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">เกณฑ์เป้าหมาย</th> <th rowspan="2">เป้าหมาย (ร้อยละ)</th> <th colspan="5">ระดับความสำเร็จ</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (การคัดกรอง AMT)</td> <td>๑๐๐</td> <td>≤๗๐</td> <td>>๗๐ - ๗๙</td> <td>>๗๙ - ๘๙</td> <td>>๘๙ - ๙๙</td> <td>>๙๙</td> </tr> <tr> <td>๒. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT)</td> <td>๑๐๐</td> <td>≤๗๐</td> <td>>๗๐ - ๗๙</td> <td>>๗๙ - ๘๙</td> <td>>๘๙ - ๙๙</td> <td>>๙๙</td> </tr> <tr> <td>๓. กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ</td> <td>≥ ๕๐</td> <td>≤๕๐</td> <td>>๕๐ - ๖๐</td> <td>>๖๐ - ๗๐</td> <td>>๗๐ - ๘๐</td> <td>>๘๐</td> </tr> <tr> <td>๔. กลุ่มเสี่ยงหกล้มได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิทุกคน</td> <td>≥๖๐</td> <td>≤๖๐</td> <td>>๖๐ - ๗๐</td> <td>>๗๐ - ๗๐</td> <td>>๗๐ - ๗๐</td> <td>>๙๐</td> </tr> </tbody> </table>	เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย (ร้อยละ)	ระดับความสำเร็จ					๑	๒	๓	๔	๕	๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (การคัดกรอง AMT)	๑๐๐	≤๗๐	>๗๐ - ๗๙	>๗๙ - ๘๙	>๘๙ - ๙๙	>๙๙	๒. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT)	๑๐๐	≤๗๐	>๗๐ - ๗๙	>๗๙ - ๘๙	>๘๙ - ๙๙	>๙๙	๓. กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	≥ ๕๐	≤๕๐	>๕๐ - ๖๐	>๖๐ - ๗๐	>๗๐ - ๘๐	>๘๐	๔. กลุ่มเสี่ยงหกล้มได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิทุกคน	≥๖๐	≤๖๐	>๖๐ - ๗๐	>๗๐ - ๗๐	>๗๐ - ๗๐	>๙๐
เกณฑ์เป้าหมาย	เป้าหมาย (ร้อยละ)			ระดับความสำเร็จ																																					
		๑	๒	๓	๔	๕																																			
๑. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (การคัดกรอง AMT)	๑๐๐	≤๗๐	>๗๐ - ๗๙	>๗๙ - ๘๙	>๘๙ - ๙๙	>๙๙																																			
๒. ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง ภาวะหกล้ม (ประเมินด้วย TUGT)	๑๐๐	≤๗๐	>๗๐ - ๗๙	>๗๙ - ๘๙	>๘๙ - ๙๙	>๙๙																																			
๓. กลุ่มเสี่ยงสมองเสื่อมได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ	≥ ๕๐	≤๕๐	>๕๐ - ๖๐	>๖๐ - ๗๐	>๗๐ - ๘๐	>๘๐																																			
๔. กลุ่มเสี่ยงหกล้มได้รับการดูแลแก้ไขปัญหา ป้องกันปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาพในระดับปฐมภูมิทุกคน	≥๖๐	≤๖๐	>๖๐ - ๗๐	>๗๐ - ๗๐	>๗๐ - ๗๐	>๙๐																																			

	๕. กลุ่มเสี่ยงหกล้มที่ไม่ดีขึ้นได้รับการส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิตามลำดับทุกคน	๑๐๐	≤๗๐	>๗๐ - ๗๙	>๗๙ - ๘๙	>๘๙ - ๙๙	>๙๙
	ระดับความสำเร็จ = $\frac{\text{ข้อ } ๑+๒+๓+๔+๕}{๕}$						

ข้อมูลย้อนหลัง	ผลการดำเนินงานการคัดกรองผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 8 2563 – 2566					
	ปีงบประมาณ	ภาวะสมองเสื่อม (AMT)		ภาวะหกล้ม (TUG)		หมายเหตุ
		คัดกรอง	เสี่ยง	คัดกรอง	เสี่ยง	
	2563	80.27	0.98	80.57	2.81	
	2564	77.25	0.96	77.31	2.88	
	2565	65.83	1.23	72.33	3.25	
	2566	78.12	2.14	84.03	4.54	
ระดับประเทศ (2566)	78.12	2.78	86.19	5.44		
ผู้จัดเก็บข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. ศูนย์อนามัยที่ ๘ / สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ ๘ / รพ.มะเร็งอุดรธานี สำนักงานการแพทย์เขตสุขภาพที่ ๘ กรมการแพทย์</p> <p>๒. สสจ.สกลนคร นางสุภาณี กิตติสารพงษ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ มือถือ ๐๘๒๒๙๔๙๖๙๕ และ นางชนิกา ทองอินตั้ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ มือถือ ๐๘๑๒๖๒๒๐๕๐ โทร.๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๒๒</p> <p>E-mail : health.skpromote@gmail.com สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>					
ผู้รายงานผลการดำเนินงาน	<p>นางกัญญาภักดิ์ ศิลาลักษณ์ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร อำเภอพรรณานิคม จังหวัดสกลนคร</p>					

หมวด	๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)																					
แผนที่	๑. การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ)																					
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชากร																					
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ																					
ตัวชี้วัดที่ ๕	ร้อยละของเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ																					
คำนิยาม	<p>เด็กอายุ ๓ ปี หมายถึง เด็กอายุ ๓ ปี ถึง ๓ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน</p> <p>ปราศจากโรคฟันผุ (caries free) หมายถึง ไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุดเนื่องมาจากโรคฟันผุ</p>																					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ชื่อตัวชี้วัด</th> <th colspan="5">เกณฑ์การประเมิน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของเด็ก ๓ ปี ปราศจากฟันผุ</td> <td>≤๖๙</td> <td>๗๐ - ๗๔</td> <td>๗๕ - ๗๙</td> <td>๘๐ - ๘๔</td> <td>≥๘๕</td> </tr> </tbody> </table>					ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน					๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละของเด็ก ๓ ปี ปราศจากฟันผุ	≤๖๙	๗๐ - ๗๔	๗๕ - ๗๙	๘๐ - ๘๔	≥๘๕
ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน																					
	๑	๒	๓	๔	๕																	
ร้อยละของเด็ก ๓ ปี ปราศจากฟันผุ	≤๖๙	๗๐ - ๗๔	๗๕ - ๗๙	๘๐ - ๘๔	≥๘๕																	
วัตถุประสงค์	<p>เพื่อเพิ่มเด็กฟันดีไม่มีผุ</p> <p>๑. เพื่อลดความชุกและความรุนแรงของการเกิดฟันน้ำนมผุในเด็ก</p> <p>๒. เพื่อเพิ่มร้อยละเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุ</p>																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	เด็กอายุ ๓ ปี หมายถึง เด็กอายุ ๓ ปี ถึง ๓ ปี ๑๑ เดือน ๒๙ วัน ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากในปีงบประมาณ ๒๕๖๗																					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>ตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ๓ ปี ในคลินิกเด็กดี สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โรงเรียนอนุบาล หรือในชุมชน</p> <p>บันทึกข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากเด็ก ๓ ปี ในโปรแกรม Hos XP หรือ JHCIS ในระดับสถานบริการ ช่วงเวลาตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖- ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗</p>																					
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงานข้อมูล Health Data Center																					
รายการที่ ๑	A : จำนวนเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจช่องปาก ที่ไม่มีรูฟันผุ ฟันถอน และอุดเนื่องมาจากโรคฟันผุ (ไม่มีประวัติฟันผุ)																					
รายการที่ ๒	B : จำนวนเด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก																					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B)X ๑๐๐																					
ระยะเวลาประเมินผล	<p>๑. ระยะเวลาการประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ ๔ (วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)</p> <p>๒. ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุกไตรมาส</p>																					

เกณฑ์การประเมิน เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ ในไตรมาสที่ ๒ เด็กอายุ ๓ ปี ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากไม่น้อยกว่า ๕๐ และเด็กอายุ ๓ ปี ปราศจากฟันผุร้อยละ ๗๕ ในไตรมาสที่ ๔			
วิธีการประเมินผล	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของร้อยละ		
เอกสารสนับสนุน	แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์และเด็กปฐมวัย ปีงบประมาณ ๒๕๖๗		
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ - ๒๕๖๖
	๗๕	ร้อยละ	๘๐.๘๗, ๗๗.๓๔, ๘๑.๔๗ และ ๘๒.๗๕
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นางนพวรรณ นาสินพร้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๐๒ โทรสาร : ๐ ๔๒๗๑๑๕๗ ต่อ ๑๑๓๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๑๐๕๒ ๐๓๔๐ E-mail : npawan๗@gmail.com		
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	๑.นางนพวรรณ นาสินพร้อม โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๐๒ โทรสาร : ๐ ๔๒๗๑๑๕๗ ต่อ ๑๑๓๐ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๑๐๕๒ ๐๓๔๐ E-mail : npawan๗@gmail.com		

หมวด	๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)												
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ												
โครงการที่	๒. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ												
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดเป็นร้อยละ /คปสอ.(รพ. สสอ. วัดเป็นร้อยละ)												
ตัวชี้วัดที่ ๖	ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน												
คำนิยาม	ประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป หมายถึง ประชากรที่มีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน												
เกณฑ์เป้าหมาย	มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐												
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป												
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป สัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPEAREA = ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)												
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud												
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข												
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเบาหวานในปีงบประมาณ												
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่รู้ว่าเป็นโรคเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน												
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$												
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ รอบที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗												
ระดับการวัด วัดสสจ.เป็นร้อยละ /วัด คปสอ.(รพ. สสอ. เป็นร้อยละ)													
เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๖: เกณฑ์การให้คะแนน : ๑ ถึง ๕													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>เกณฑ์การให้คะแนน DM</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≤ 50</td> <td>๑</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ๖๐</td> <td>๒</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ๗๐</td> <td>๓</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ๘๐</td> <td>๔</td> </tr> <tr> <td>ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≥ 90</td> <td>๕</td> </tr> </tbody> </table>		เกณฑ์การให้คะแนน DM	คะแนน	ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≤ 50	๑	ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ๖๐	๒	ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ๗๐	๓	ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ๘๐	๔	ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≥ 90	๕
เกณฑ์การให้คะแนน DM	คะแนน												
ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≤ 50	๑												
ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ๖๐	๒												
ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ๗๐	๓												
ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ๘๐	๔												
ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≥ 90	๕												
หมายเหตุ : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ๑. งดสูบบุหรี่ และดื่มวันบุหรี่ อย่างน้อย ๖ เดือน ๒. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า ๓๐.๐ กก./ม ^๒ ให้ลดน้ำหนักลง ๕% ของน้ำหนักเดิม ภายใน ๑ ปี ด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม) ๓. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย ๖ เดือน													
วิธีการประเมินผล :	คิดจาก ๔๓ แฟ้ม แฟ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย (คำนวณ ณ วันที่ ๑ ม.ค. ของ												

รายละเอียดตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

	<p>ปีงบประมาณนั้น ลบวันเดือนปีเกิด แล้วมีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป)</p> <p>A : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสุขภาพไทย สถานะบุคคล TYPEAREA ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการเจาะน้ำตาลในเลือด จากแฟ้ม NCDScreen.BSLEVEL >= ๗๐ mg/dl</p> <p>B : จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสุขภาพไทย สถานะบุคคล TYPEAREA ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง) , ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARGE = ๙ (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน</p>						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data ร้อยละประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยเบาหวาน	หน่วยวัด ร้อยละ	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
			๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
			๙๐.๘๘	๘๙.๓๗	๘๖.๐๖	๘๙.๑๐	๖๑.๘๖
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑.นางจิตรานนท์ โกสีร์รัตนภิบาล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๖๔๙๔๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : jittranon๒๕๖๔@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>๒.นางสาวธนิดา โง่นประสิทธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๖๙๘๘๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : Naowarutt@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑.นางจิตรานนท์ โกสีร์รัตนภิบาล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๖๔๙๔๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : jittranon๒๕๖๔@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>๒.นางสาวธนิดา โง่นประสิทธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๖๙๘๘๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : Naowarutt@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>						

หมวด	๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	๒. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดเป็นร้อยละ /คปสอ.(สสอ. รพ. วัดเป็นร้อยละ)
ตัวชี้วัดที่ ๗	ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง
คำนิยาม	<p>ร้อยละการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ประชากรอายุ ๓๕ ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงและมีค่าระดับความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย (SBP) ระหว่าง ๑๔๐-๑๗๙ mmHg และ/หรือ ค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย (DBP) ระหว่าง ๙๐-๑๐๙ mmHg ในเขตรับผิดชอบและยังไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ</p> <p>การได้รับการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย หมายถึง กลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) ติดต่อกันอย่างน้อย ๗ วัน โดยจะต้องได้รับการติดตามวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านภายใน ๙๐ วัน <u>หรือ</u> การตรวจวัดความดันโลหิตซ้ำในสถานบริการสาธารณสุขเดิม ภายใน ๙๐ วัน ด้วยวิธีการวัดที่ถูกต้องตามมาตรฐาน ตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.๒๕๖๒ สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย หลังจากได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูงที่สถานบริการสาธารณสุข หรือในชุมชนแล้ว เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง</p> <p>หมายเหตุ : การดำเนินงานตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัยกลุ่มสงสัยป่วยความดันโลหิตสูงสามารถดำเนินการได้ ๒ วิธี เป้าหมายผลลัพธ์ในการตรวจติดตามยืนยันวินิจฉัย \geq ร้อยละ ๙๓ แต่ควรเน้นผลลัพธ์การตรวจติดตามโดยวิธีการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน (ทำ Home Blood Pressure Monitoring (HBPM)) \geq ร้อยละ ๖๐ จากกลุ่มสงสัยป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปีงบประมาณ เนื่องจาก HBPM สามารถทำนายการเกิดโรคแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แม่นยำกว่าการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล (Office BP) ดังนั้นหากมีความขัดแย้งของผล HBPM กับผลการวัดแบบ Office BP ให้ถือผลของ HBPM เป็นสำคัญ</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
\geq ร้อยละ ๙๐	\geq ร้อยละ ๙๐	\geq ร้อยละ ๙๐	\geq ร้อยละ ๙๕	\geq ร้อยละ ๙๕

วัตถุประสงค์	เพื่อยืนยันว่ากลุ่มสงสัยป่วยมีความดันโลหิตสูงจริงและส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>ประชาชนอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปสัญชาติไทยอาศัยในเขตรับผิดชอบทั้งหมด TYPEAREA = ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ)</p> <p>หมายเหตุ: ประชากรในเขตรับผิดชอบ หมายถึง ผู้มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตรับผิดชอบและอยู่จริง (typearea ๑) ผู้อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขต (typearea</p>

รายละเอียดตัวชี้วัดรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

	๓) และPERSON.DISCHARGE=“๙”(ไม่จำหน่าย) PERSON.NATION=“๐๙๙” (สัญชาติไทย)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง ในปีงบประมาณ
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป ในเขตรับผิดชอบทั้งหมดที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ รอบที่ ๒ ตุลาคม ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗

ค่าน้ำหนัก ๕ คะแนน

วัดระดับ สสจ.

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๗: เกณฑ์การให้คะแนน : ๑ ถึง ๕

เกณฑ์การให้คะแนน	คะแนน
ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≥ 50	๑
ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≥ 60	๒
ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≥ 70	๓
ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≥ 80	๔
ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรอง ≥ 90	๕

วิธีการประเมินผล	<p>ติดตามจากระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>วิธีการประมวลผล</p> <p>คิดจาก ๔๓ แฟ้ม แฟ้มประชากร PERSON สัญชาติไทย (คำนวณ ณ วันที่ ๑ ม.ค.ของปีงบประมาณ ลบวันเดือนปีเกิด แล้วมีอายุ ๓๕ ปีขึ้นไป)</p> <p>A: จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคล TYPEAREA ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายก่อนปีงบประมาณ และตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน ได้รับการคัดกรองโดยการวัดระดับความดันโลหิต</p> <p>ในปีงบประมาณ จากแฟ้ม NCDScreen.SBP_๑ > 50 mmHg, NCDScreen.DBP_๑ > 50 mmHg เดิม</p> <p>B: จำนวนประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบสัญชาติไทย สถานะบุคคลTYPEAREA(มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓(มาอาศัยในเขตรับผิดชอบแต่ทะเบียนอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และตัดคนตายสถานะ/สาเหตุการจำหน่าย DISCHARG = ๙ (ไม่จำหน่าย) แต่กรณีตายตัดคนตายก่อนปีงบประมาณและตัดคนป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียน)</p>
------------------	---

เอกสารสนับสนุน	๑. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยกองโรคไม่ติดต่อ ๒. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. ๒๕๖๒				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	ร้อยละของประชากรอายุ ๓๕ ปีขึ้นไปที่ได้รับการคัดกรองเพื่อวินิจฉัยความดันโลหิตสูง	ร้อยละ	๘๕.๒๘	๘๘.๐๒	๖๑.๑๓
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	๑.นางจิตรานนท์ โกสีร์รัตนภิบาล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๖๔๙๔๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : jittranon๒๕๖๔@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ๒.นางสาวธนิดา โง่นประสิทธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๖๙๘๘๘๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : Naowarutt@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑.นางจิตรานนท์ โกสีร์รัตนภิบาล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๖๔๙๔๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : jittranon๒๕๖๔@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ๒.นางสาวธนิดา โง่นประสิทธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๖๙๘๘๘๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : Naowarutt@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				

หมวด	๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ
โครงการที่	๒. โครงการควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
ระดับการแสดงผล	จังหวัด
ตัวชี้วัดที่ ๘	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
คำนิยาม	ผู้ป่วยเบาหวาน หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานและได้รับการขึ้นทะเบียน/ผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบมีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลัน หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันซึ่งประกอบด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำจนระดับความรู้สึกตัวผิดปกติ (Conscious Change) หรือสัญญาณชีพผิดปกติ (Abnormal Vital Signs) และ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงที่จัดอยู่ในกลุ่ม DKA และ Hyperosmolar Coma
เกณฑ์เป้าหมาย	น้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๒
วัตถุประสงค์	เพื่อค้นหาผู้ป่วยเบาหวานเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยที่ได้รับการขึ้นทะเบียนโรคเบาหวานและผู้ป่วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกผ่านโปรแกรมพื้นฐานของหน่วยบริการ และส่งออกข้อมูลตามมาตรฐานข้อมูล ๔๓ แฟ้ม เข้าสู่ระบบ Health Data Center (HDC) On Cloud
แหล่งข้อมูล	ระบบรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข
รายการข้อมูล ๑	A๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง A๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง
รายการข้อมูล ๒	B๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบทั้งหมด B๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมด
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A๑/B๑) \times ๑๐๐$
ระยะเวลาประเมินผล	รอบที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๗ รอบที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๗ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗
ค่าน้ำหนัก ๕ คะแนน	วัดระดับ สสจ. เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๖: เกณฑ์การให้คะแนน : ๑ ถึง ๕ หมายเหตุ : คำแนะนำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ

รายละเอียดตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เกณฑ์การให้คะแนน DM	คะแนน
ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ≥ 2	๑
ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ๑.๕	๒
ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ๑	๓
ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ๐.๕	๔
ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน ๐	๕

๑. งดสูบบุหรี่ และดื่มวันบุหรี่ อย่างน้อย ๖ เดือน

๒. ถ้าดัชนีมวลกายมากกว่า 30.0 กก./ม^2 ให้ลดน้ำหนักลง ๕% ของน้ำหนักเดิม ภายใน ๑ ปี ด้วยวิธีการออกกำลังกายและควบคุมการบริโภคอาหาร (โดยเฉพาะการลดเกลือและโซเดียม)

๓. งดการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อย่างน้อย ๖ เดือน

วิธีการประเมินผล :

คิดจาก ๔๓ แพ้ม (ช่วงปีงบประมาณ)

A๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบที่มารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากแพ้ม DIAGNOSIS ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ PERSON.NATION = “๐๙๙” (สัญชาติไทย)และได้รับการวินิจฉัยในแพ้ม DIAGNOSIS_OPD/DIAGNOSIS_IPD ด้วยรหัส ICD-๑๐ E๑๖.๐, E๑๖.๑, E๑๖.๒, E๑๐.๐, E๑๑.๐, E๑๒.๐, E๑๓.๐, E๑๔.๐

A๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับการรักษาด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ และ/หรือ ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง จากแพ้ม DIAGNOSIS ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ PERSON.NATION = “๐๙๙” (สัญชาติไทย) และได้รับการวินิจฉัยในแพ้ม DIAGNOSIS_OPD/ DIAGNOSIS_IPD ด้วยรหัส ICD-๑๐ E๑๖.๐, E๑๖.๑, E๑๖.๒, E๑๐.๐, E๑๑.๐, E๑๒.๐, E๑๓.๐, E๑๔.๐

B๑: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพ้ม DIAGNOSIS_OPD, DIAGNOSIS_IPD, CHRONIC รหัส ICD-๑๐ ๓ หลักขึ้นต้นด้วย E๑๐ – E๑๔ ที่อยู่อาศัยในเขตพื้นที่รับผิดชอบ PERSON.TYPE AREA IN (“๑”, “๓”) ๑ (มีชื่ออยู่ตามทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่รับผิดชอบและอยู่จริง), ๓ (มาอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบ แต่ทะเบียนบ้านอยู่นอกเขตรับผิดชอบ) และ PERSON.DISCHARGE = “๙” (ไม่จำหน่าย)
PERSON.NATION = “๐๙๙” (สัญชาติไทย)

B๒: จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและมารับบริการทั้งหมดจากแพ้ม CHRONICFU ในปีงบประมาณของหน่วยบริการ PERSON.NATION= ”๐๙๙”(สัญชาติไทย)

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ				
			๒๕๖๒	๒๕๖๓	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	ร้อยละของการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันในผู้ป่วยเบาหวาน	ร้อยละ	๒.๔๑	๒.๒๔	๒.๑๘	๒.๓๔	๒.๗๙
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑.นางจิตรานนท์ โกสีร์รัตนภิบาล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๖๔๙๔๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : jittranon๒๕๖๔@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>๒.นางสาวธนิดา โง่นประสิทธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๖๙๘๘๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : Naowarutt@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>						
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑.นางจิตรานนท์ โกสีร์รัตนภิบาล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๖๔๙๔๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : jittranon๒๕๖๔@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>๒.นางสาวธนิดา โง่นประสิทธิ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๕-๖๖๙๘๘๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : Naowarutt@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>						

หมวด	๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	๗. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาสุขภาพจิตและจิตเวช
ระดับการวัดผล	จังหวัด
ตัวชี้วัดที่ ๙	อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๘.๑. อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ ๒๘.๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี
คำนิยาม	<p>การฆ่าตัวตายสำเร็จ คือ การเสียชีวิตจากพฤติกรรมที่มุ่งทำร้ายตนเองโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้น</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตาย หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมมุ่งทำร้ายตนเองแต่ไม่ถึงกับเสียชีวิตโดยตั้งใจจะให้ตายจากพฤติกรรมนั้นและผลของการพยายามฆ่าตัวตายอาจบาดเจ็บหรือไม่บาดเจ็บ ซึ่งวิธีการที่ใช้มีลักษณะสอดคล้องตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ ๑๐ (ICD - ๑๐ : International Classification of Diseases and Health Related Problems - ๑๐) หมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัย ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ ๕ (DSM-๕ : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders ๕)</p> <p>ผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ หมายถึง ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่มีพฤติกรรมฆ่าตัวตายมากกว่า ๑ ครั้งในรอบปีงบประมาณ</p> <p>ไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี หมายถึง ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายในช่วงปีงบประมาณได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมและติดตามเฝ้าระวังจนไม่เกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองอีกครั้งในรอบปีงบประมาณเดียวกัน (ปีงบประมาณ นับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ - วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)</p> <p>ซึ่งการช่วยเหลืออย่างถูกต้องเหมาะสมจะประกอบด้วย ๗ กิจกรรม ดังต่อไปนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) ได้รับการช่วยชีวิตและยับยั้งพฤติกรรมฆ่าตัวตายจาก ศูนย์รับแจ้งเหตุ ๑/๑๖๖๙/ ตำรวจ/ อื่นๆ รวมทั้งส่งต่อหน่วยบริการสาธารณสุขได้ทันท่วงที ๒) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคหมวด Intentional self-harm (X๖๐-X๘๔) ๓) ได้รับการสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายและกระทำรุนแรงต่อตนเองเพื่อค้นหาและรวบรวมข้อมูลปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยปกป้อง และดำนกั้น รวมทั้งประเมินการเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในครอบครัวและชุมชนโดยทีมสอบสวนโรครณีฆ่าตัวตายของอำเภอ และร่วมกับทีมจิตเวชระดับจังหวัด ในกรณีมีความยุ่งยากซับซ้อน มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อชุมชนสังคม ๔) ได้รับการช่วยเหลือจัดหรือบรรเทาปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยเสี่ยง จากบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพสต /รพช /รพท/รพศ /หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต ๕) ได้รับการสร้างเสริมปัจจัยปกป้อง และดำนกั้นการเข้าถึงวัสดุอุปกรณ์หรือสารพิษที่ใช้ฆ่าตัวตาย จาก แกนนำชุมชน / อปต /อปจ และบุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพสต /รพช /รพท/รพศ

	<p>๖) ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดได้รับการพัฒนาทักษะสังเกตสัญญาณเตือนและมีช่องทางติดต่อที่สะดวกกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบเฝ้าระวังการฆ่าตัวตายในพื้นที่</p> <p>๗) ได้รับการเฝ้าระวังติดตามประเมินความคิดและการกระทำฆ่าตัวตายอย่างสม่ำเสมอเป็นเวลาอย่างน้อย ๑ ปี เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ จาก อสม /บุคลากรสาธารณสุข จากหน่วยบริการทั้งในระดับ รพสต /รพช /รพท/รพศ /หน่วยบริการในสังกัด กรมสุขภาพจิต</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

๒๘.๑ อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ

ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
≤ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๗.๘ ต่อประชากรแสนคน	≤ ๗.๕ต่อประชากรแสนคน

๒๘.๒ ร้อยละของผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำในระยะเวลา ๑ ปี

ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๒	ร้อยละ ๙๔	ร้อยละ ๙๖

วัตถุประสงค์	<p>เป้าหมายหลัก</p> <p>๑. เพื่อใช้แสดงและติดตามภาวะสุขภาพอนามัยที่สำคัญด้านสุขภาพจิตของประชาชน</p> <p>เป้าหมายย่อย</p> <p>๑. เพื่อใช้วัดผลลัพธ์ของการดูแลช่วยเหลือผู้รอดชีวิตจากการฆ่าตัวตายหรือผู้พยายามฆ่าตัวตาย และการเฝ้าระวังป้องกันการฆ่าตัวตายซ้ำที่ดำเนินการภายใต้ระบบสุขภาพในพื้นที่</p>
---------------------	---

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>เป้าหมายหลัก : ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายที่กระทำในช่วงเวลา ๑ ปีงบประมาณ (วันที่ ๑ เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ - กันยายน ๒๕๖๗)</p>
-----------------------------	---

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๒๘.๑ : จำนวนผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จ รวบรวมจาก รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง ๕๐๖S version ๑๑. (เพื่อความถูกต้อง รวดเร็วของการรายงานข้อมูล)</p> <p>๒๘.๒ : จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตาย และฆ่าตัวตายซ้ำ รวบรวมจาก ข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>หมายเหตุ</p> <p>๑) ข้อมูล จาก Health Data Center (HDC) จะเป็นการรายงานข้อมูลเฉพาะผู้ป่วยที่มารับบริการยังหน่วยบริการสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมในผู้ที่ทำร้าย ตนเองที่บาดเจ็บไม่รุนแรงและไม่ได้มารับบริการ ควรสนับสนุนให้มีการลงพื้นที่เพื่อสอบสวนโรคทุกรายที่แจ้งจากศูนย์แจ้งเหตุ และบันทึกข้อมูลลงในรายงาน รง ๕๐๖ S version ๑๑. จะเป็นประโยชน์ต่อการมีฐานข้อมูลที่ครอบคลุมและบ่งบอกถึงเหตุปัจจัยของการฆ่าตัวตายในพื้นที่</p> <p>๒) ข้อจำกัดของการตรวจสอบข้อมูลของการฆ่าตัวตายซ้ำเดือนกันยายน เมื่อผู้พยายามฆ่าตัว</p>
-----------------------------	---

	<p>ตายกระทำในเดือนกันยายน ๒๕๖๖ และทำซ้ำอีกครั้ง ในช่วงตั้งแต่ เดือนตุลาคม ๒๕๖๖ เป็นต้นไป จะไม่ได้ถูกบันทึกเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายของตัวเองซ้ำของปีงบประมาณ ๒๕๖๖ แต่จะบันทึกเป็นผู้พยายามฆ่าตัวตายรายใหม่ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ดังนั้น ควรมีการตรวจสอบข้อมูลและเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายเองในช่วงระยะเวลาดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง</p>				
แหล่งข้อมูล	<p>เป้าหมายหลัก :</p> <p>๑) รายงานการเฝ้าระวังการพยายามฆ่าตัวตาย รง.๕๐๖ S version ๑๑. จากโรงพยาบาลทุกแห่งในเขตพื้นที่รับผิดชอบ</p> <p>เป้าหมายย่อย : ผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดและผู้พยายามฆ่าตัวตายซ้ำ ได้จากข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗				
รายการข้อมูล ๒	<p>B = จำนวนประชากรกลางปี ๒๕๖๗</p> <p>**หมายเหตุ สำหรับไตรมาส ๒ ใช้ประชากรปลายปี ๒๕๖๖</p> <p>สำหรับไตรมาส ๓ และ ๔ ใช้ประชากรกลางปี ๒๕๖๗</p>				
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายไม่กลับมาทำร้ายตัวเองซ้ำ = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมดในปีงบประมาณ - จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายมากกว่า ๑ ครั้งในปีงบประมาณ หน่วยนับ (คน)				
รายการข้อมูล ๔	D = จำนวนผู้พยายามฆ่าตัวตายทั้งหมด ปีงบประมาณ ๒๕๖๗				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>ตัวชี้วัดหลักที่ ๒๘ : $(A/B) \times ๑๐๐,๐๐๐$</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ ๒๘.๑ : $(C/D) \times ๑๐๐$</p>				
ระยะเวลาประเมินผล	<p>ตัวชี้วัดหลักที่ ๒๘ : ไตรมาส ๔</p> <p>ตัวชี้วัดย่อยที่ ๒๘.๑ : ไตรมาส ๒ ไตรมาส ๓ ไตรมาส ๔</p>				
เกณฑ์การประเมิน :					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	-	≤ ๕.๐ ต่อประชากรแสนคน	-	≤ ๘.๐ ต่อประชากรแสนคน	
	-	ร้อยละ ๕๐	ร้อยละ ๗๐	ร้อยละ ๙๐	
วิธีการประเมินผล :	นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในรูปแบบของอัตราต่อแสนประชากร				
เอกสารสนับสนุน :	๑.รายงานการเฝ้าระวังผู้พยายามฆ่าตัวตายเอง (รง ๕๐๖ S version ๑๑)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	การฆ่าตัวตายสำเร็จ	อัตราต่อประชากรแสนคน	๗.๓๘	๗.๗๕	๕.๙๕ (ตุลาคม ๖๕-มิถุนายน ๖๖)

	ผู้พยายามฆ่าตัวตาย ไม่กลับมาทำร้าย ตนเองซ้ำใน ระยะเวลา ๑ ปี	ร้อยละ	๙๘.๐๓	๙๘.๐๙ ณ วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๕	๙๘.๐๙ ณ วันที่ ๘ กันยายน ๒๕๖๖	
ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นางจิตรานนท์ โกสิย์รัตนภิบาล ตำแหน่ง นักวิชาการชำนาญการพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๒๕๘ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๖๕๕๔๔๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๒๕๘ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : jittranon๒๕๖๔@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>๒. นางพิมพ์พิศา พรหมศิริ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๒๕๘ ต่อ ๑๓๐๑ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๒๕๘ ต่อ ๑๐๐๑ สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>					
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นางพิมพ์พิศา พรหมศิริ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๒๕๘ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒-๙๙๖๖๕๕๔๙ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๒๕๘ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : phim๒๓๙๙@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร					

หมวด	๒.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)								
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)								
โครงการที่	๑๑. โครงการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาโรคไต								
ระดับการแสดงผล	จังหวัด เขตสุขภาพ และประเทศ								
ตัวชี้วัดที่ ๑๐	จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่เข้าสู่ไตวายเรื้อรังระยะที่ ๕ น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ ของปีงบประมาณก่อน								
คำนิยาม	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ ๕ หมายถึง ผู้ที่มีอัตราการกรองของไต หรือ eGFR (estimated glomerular filtration rate) น้อยกว่า ๑๕ มล/นาทีต่อ ๑.๗๓ ตรม. ที่ได้จากการคำนวณจากค่า serum creatinine ของผู้ป่วย ตามสมการ CKD-EPI)								
เกณฑ์เป้าหมาย :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๗</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๘</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๙</th> <th>ปีงบประมาณ ๗๐</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐</td> <td>เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐</td> <td>เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐</td> <td>เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐</td> </tr> </tbody> </table>	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐
ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐						
เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐						
วัตถุประสงค์	เพื่อใช้ประเมินผลสำเร็จที่เป็นภาพรวมของการชะลอความเสื่อมของไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (CKD) ที่เกิดจากผลการดำเนินการของหลายๆมาตรการร่วมกัน								
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะ ๕								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> การตรวจติดตาม eGFR ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๖ เดือน และ ใน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๔ ควรตรวจอย่างน้อยทุก ๓ เดือน โรงพยาบาลส่งข้อมูล eGFR เข้ามายังระบบฐานข้อมูลมาตรฐาน (๔๓ แฟ้ม) และ HDC คำนวณผลตาม scrip ที่ตั้งไว้ในระบบ HDC แบบ real time 								
แหล่งข้อมูล	HDC Health Data Center								
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ - ๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณและมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลง < 5								
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง Stage ๓ - ๔ สัญชาติไทยที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ได้รับการตรวจ creatinine/มีผล eGFR ≥ 2 ค่า และค่าทั้งสองห่างกันไม่น้อยกว่า ๓ เดือน โดยพิจารณาค่าของ eGFR ตั้งแต่ย้อนหลัง ๑ ปีงบประมาณ								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	<p>วิธีคิดของปี ๒๕xx:</p> $\left[\frac{\left\{ \frac{\text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปีที่ 25xx}}{25xx} - \frac{\text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปีที่ (25xx - 1)}}{(25xx - 1)} \right\} \times 100}{\text{จำนวนของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ทั้งหมดในปีที่ (25xx - 1)}} \right] - \left[\frac{\left\{ \frac{\text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปีที่ (25xx - 1)}}{(25xx - 1)} - \frac{\text{จำนวนของ CKD 5 ทั้งหมด ในปีที่ (25xx - 2)}}{(25xx - 2)} \right\} \times 100}{\text{จำนวนของผู้ป่วยไตวายระยะที่ 5 ทั้งหมดในปีที่ (25xx - 2)}} \right] < 10$ <p>***โดย จำนวนของ CKD ๕ ทั้งหมด = จำนวนผู้ป่วยที่มี eGFR < 15 รวมทั้งผู้ป่วย dialysis และไม่มีการวินิจฉัย AKI ภายใน ๙๐ วันย้อนหลัง</p>								
ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส								

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
-	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐	เพิ่มขึ้นน้อยกว่า ร้อยละ ๑๐

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>๑. นางจิตรานนท์ โกสีร์ตนาภิบาล หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๖๙๖๔ ๙๔๙๗</p> <p>๒. นางสาวธนิดา โง่นประสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ: ๐๙ ๕๖๖๙ ๘๘๙๗ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์</p>
<p>หน่วยงานประมวลผลและจัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)</p>	<p>กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑,๑๓๐๒ โทรสาร : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>๑.นางจิตรานนท์ โกสีร์ตนาภิบาล ตำแหน่ง หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙๖-๙๖๔๙๔๙๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : jittranon๒๕๖๔@gmail.com</p> <p>๒.นางสาวธนิดา โง่นประสิทธิ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๐๑ โทรศัพท์มือถือ: ๐๙ ๕๖๖๙ ๘๘๙๗ E-mail : Naowarutt@gmail.com</p>

หมวด	๒.ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)											
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)											
โครงการที่	๒๓. โครงการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพด้านยาเสพติดแบบบูรณาการ											
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ											
ตัวชี้วัดที่ ๑๑	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)											
คำนิยาม	<p>*ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา หมายถึง ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในระบบสมัครใจ (ม.๑๑๓ , ม.๑๑๔) ของสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข</p> <p>*การดูแลอย่างมีคุณภาพต่อเนื่อง หมายถึง การดูแลช่วยเหลือ บำบัดฟื้นฟูอย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคมอย่างต่อเนื่องตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยยาเสพติดเฉพาะราย ตั้งแต่กระบวนการบำบัดฟื้นฟูจนถึงการติดตามดูแลช่วยเหลือตามเกณฑ์มาตรฐาน หลังการบำบัดรักษาอย่างน้อย ๑ ปี</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <thead> <tr> <th>ปีงบประมาณ ๖๖</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๗</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๘</th> <th>ปีงบประมาณ ๖๙</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๖๐ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔)</td> <td>๖๒ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓ ม.๑๑๔)</td> <td>๖๔ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔)</td> <td>๖๖ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔)</td> </tr> </tbody> </table>				ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	๖๐ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔)	๖๒ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓ ม.๑๑๔)	๖๔ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔)	๖๖ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔)
ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙									
๖๐ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔)	๖๒ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓ ม.๑๑๔)	๖๔ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔)	๖๖ (Retention Rate ระบบสมัครใจ, ม.๑๑๓, ม.๑๑๔)									
วัตถุประสงค์	ผู้ป่วยยาเสพติดทุกระดับความรุนแรง ได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การบำบัดรักษาฟื้นฟูตามเกณฑ์มาตรฐาน อย่างรอบด้านทั้งด้านกาย จิต สังคม และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องอย่างน้อย ๑ ปีหลังการบำบัดรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ผู้ใช้ ผู้เสพ และผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาพยาบาลยาเสพติด เฉพาะระบบสมัครใจ (ม.๑๑๓ , ม.๑๑๔) ในสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาในฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดในประเทศไทย (บสต.)											
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากการรายงานข้อมูลของหน่วยงานผู้ให้การบำบัดรักษา (สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข) จากฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.)											
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูลการบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ซึ่งรายงานข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด จากสถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข											
รายการข้อมูล ๑	ตัวตั้ง A = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา และได้รับการติดตามดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องหลังการบำบัดรักษา ตามสภาพปัญหาผู้ป่วยเฉพาะรายของผู้ป่วย ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข หลังผ่านการบำบัดรักษาฟื้นฟู											
รายการข้อมูล ๒	ตัวหาร B = จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่พ้นระยะการบำบัดรักษา และที่ได้รับการจำหน่ายทั้งหมด ยกเว้นถูกจับ, เสียชีวิต, ปรับเปลี่ยนการรักษาหรือ บำบัดโดย Methadone											

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	(A/B) x ๑๐๐_____				
ระยะเวลาประเมินผล	ทุก ๓ เดือน				
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๖:					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๖๐	๖๐	๖๐	๖๐		
ปี ๒๕๖๗:					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๖๒	๖๒	๖๒	๖๒		
ปี ๒๕๖๘:					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๖๔	๖๔	๖๔	๖๔		
ปี ๒๕๖๙:					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๖๖	๖๖	๖๖	๖๖		
วิธีการประเมินผล :	สถานพยาบาลยาเสพติด สังกัดกระทรวงสาธารณสุข รวบรวมข้อมูลการบำบัดรักษาและบันทึกรายงานในฐานข้อมูลบำบัดรักษายาเสพติดของประเทศ (บสต.) ประเมินผลโดย สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข				
	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	
	๔๐	๔๕	๕๐	๕๕	
				๖๐	
เอกสารสนับสนุน :					
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	ร้อยละของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพอย่างต่อเนื่องจนถึงการติดตาม (Retention Rate)	ร้อยละ (เฉลี่ย๓ปี ๖๐.๐๖)	๕๗.๙๔	๕๘.๑๕	๖๔.๐๙
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	นางสาววรรณิ พิสิษฐพงศ์ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ โทรสาร : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗		ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๗๓๒๑๒๙ E-mail :		

	worapannee24@gmail.com
หน่วยงานประมวลผลและ จัดทำข้อมูล (ระดับจังหวัด)	กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ผู้รับผิดชอบการรายงานผล การดำเนินงาน	นางสาวรพรรณณี พิธิษฐพงศ์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๑-๘๗๓๒๑๒๙ โทรสาร : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ E-mail : worapannee24@gmail.com

หมวด	๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	โครงการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อ โรคอุบัติใหม่ และโรคอุบัติซ้ำ
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัด อัตรา / รพ.วัดอัตรา
ตัวชี้วัดที่ ๑๒	๑. อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ๒. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ
คำนิยาม	<p>๑. อัตราความสำเร็จของการรักษา (Success rate) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีผลการรักษาหายรวมกับรักษาครบ</p> <p>๑.๑ รักษาหาย (Cured) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อวัณโรคก่อนเริ่มการรักษา และต่อมาตรวจไม่พบเชื้อวัณโรคอย่างน้อยอย่างหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา และในเดือนสุดท้ายของการรักษา</p> <p>๑.๒ รักษาครบ (Treatment Completed) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่รักษาครบกำหนดโดยไม่มีหลักฐานที่แสดงว่ารักษาล้มเหลว ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวไม่มีเอกสารที่แสดงผลการตรวจเสมหะในเดือนสุดท้ายของการรักษา ทั้งนี้มีผลตรวจเสมหะเป็นลบอย่างน้อยหนึ่งครั้งก่อนสิ้นสุดการรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ไม่ได้ตรวจหรือไม่มีผลตรวจ</p> <p>๒. ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน และผู้ป่วยที่รักษาวัณโรคน้อยกว่า ๑ เดือน และไม่เคยขึ้นทะเบียนในแผนงานวัณโรคแห่งชาติแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ</p> <p>๒.๑ ผู้ป่วยที่มีผลตรวจยืนยันพบเชื้อวัณโรค (Bacteriologically confirmed : B+) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นบวก อาจจะเป็นการตรวจด้วยวิธี Smear microscopy หรือ Culture หรือวิธี Molecular หรือวิธีการอื่นๆ ที่องค์การอนามัยโลกรับรอง</p> <p>๒.๒ ผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยลักษณะทางคลินิก (Clinically diagnosed : B-) หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคที่มีผลตรวจเสมหะเป็นลบ หรือไม่มีผลตรวจ แต่ผลวินิจฉัยด้วยวิธีตรวจเอกซเรย์รังสีทรวงอกหรือผลตรวจชิ้นเนื้อผิดปกติเข้าได้กับวัณโรค ร่วมกับมีลักษณะทางคลินิกเข้าได้กับวัณโรค และแพทย์ตัดสินใจรักษาด้วยสูตรยารักษาวัณโรค</p> <p>๓. อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) หมายถึง อัตราการตรวจพบและขึ้นทะเบียนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗) เทียบกับ ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน)</p> <p>๔. ค่าคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) หมายถึง อุตการณ์วัณโรค (๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน) หรือ จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรค (๑๐๓,๐๐๐ ราย) ในประเทศไทยจากข้อมูลรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, Global Tuberculosis Report ๒๐๒๓)</p>

	<p>๕.กลุ่มเป้าหมาย</p> <p>๕.๑ การประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม – ๓๑ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน</p> <p>๕.๒ การประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗) เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :					
ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน				
	๑	๒	๓	๔	๕
อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) เป้าหมายร้อยละ ๘๘	≤๔๖	๔๗-๖๐	๖๑-๗๔	๗๕-๘๘	>๘๘
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) เป้าหมายร้อยละ ๘๕	≤๔๓	๔๔-๕๗	๕๘-๗๑	๗๒-๘๕	>๘๕

วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้ผู้มีอาการสงสัย ผู้ที่น่าจะเป็นวัณโรคและผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยวัณโรคอย่างรวดเร็ว ลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรค ได้รับการดูแลรักษาที่ได้มาตรฐานและรักษาหายรักษาครบ</p> <p>๒. เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรค เข้าถึงระบบการรักษาตามแนวทางควบคุมวัณโรค</p>
---------------------	--

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ ๒๕๖๗ (เดือนตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๖) ที่เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ไม่รวมโรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาล ๑๘ แห่ง)</p> <p>๒. กลุ่มเป้าหมายสำหรับการประเมินอัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) คือ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗) เป็นผู้ป่วยไทย ผู้ป่วยไม่ใช่ไทย และผู้ป่วยในเรือนจำ ที่รักษาในโรงพยาบาลรัฐทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาล ๑๘ แห่ง)</p>
-----------------------------	---

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	บันทึกข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค ผ่านโปรแกรมรายงานข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)			
แหล่งข้อมูล	โปรแกรมการบริหารจัดการข้อมูลวัณโรคของประเทศไทย (National Tuberculosis Information Program : NTIP)			
รายละเอียดการคำนวณตัวชี้วัดที่ ๑ อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาส ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖) โดยมีผลการรักษาหาย (Cured) รวมกับการรักษาครบ (Completed) โดยครบรอบรายงานผลการรักษา ในวันที่ ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗</p> <p>B = จำนวนผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ ที่ขึ้นทะเบียน ในไตรมาสที่ ๑ ของปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม - ๓๑ ธันวาคม ๒๕๖๖)</p>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๑.	$(A/B) \times 100$			
รายละเอียดการคำนวณตัวชี้วัดที่ ๒ อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	<p>A = จำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗)</p> <p>B = จำนวนคาดประมาณ ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำที่ขึ้นทะเบียนในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๖ - ๓๐ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๗) คิดจากอัตรา ๑๕๕ ต่อประชากรแสนคน *</p> <p>หมายเหตุ ข้อมูลประชากรอ้างอิงจากฐานข้อมูล HDC *ข้อมูลจาก WHO Global report ๒๐๒๓</p>			
สูตรคำนวณตัวชี้วัดที่ ๒.	$(A/B) \times 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> ระยะเวลาประเมินผลในไตรมาสที่ ๔ ครบรอบรายงานและประเมินผลวันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗ ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานตามมาตรการ ทุกไตรมาส 			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. วิเคราะห์สถานการณ์ ขนาดและความรุนแรงของ ๒. ปัญหากลุ่มเสี่ยง/กลุ่มเป้าหมาย พื้นที่เป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรค ๓. จัดทำแผนงาน ในการเร่งรัด ค้นหา รักษา และพัฒนาระบบ การส่ง ติดตามผลการรักษา	กำกับและติดตาม การดำเนินงาน มาตรการตาม แผนงานในรอบ ๖ เดือน	กำกับและติดตาม การดำเนินงาน มาตรการตาม แผนงานในรอบ ๙ เดือน	-อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate) ร้อยละ ๘๘ -อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage) ร้อยละ ๘๕	

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data		หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
				๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	อัตราความสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ (Success rate)	ร้อยละ	๗๙.๓	๗๘.๒	๘๔	
อัตราความครอบคลุมการขึ้นทะเบียนของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ (TB Treatment Coverage)	ร้อยละ	๔๘.๔	๕๗.๓	๖๑.๑		
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นางสาวตระกูลไทย ฉายแมน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ โทรศัพทมือถือ : ๐๘ ๑๘๗๒ ๒๘๒๗ โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : t๘๗๒๒๘๒๗@gmail.com</p> <p>๒. นางสาวกัญจน์ณิชา อิมใจ นักวิชาการสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ โทรศัพทมือถือ : ๐๘ ๙๕๗๕ ๑๓๒๖ โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : baich๒๑๐๗@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>					

หมวด	๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)
โครงการที่	โครงการการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
ระดับการแสดงผล	จังหวัด (จำนวนอำเภอ), อำเภอ (ระดับความสำเร็จ)
ตัวชี้วัดที่ ๑๓	<ul style="list-style-type: none"> ร้อยละของอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU District ที่กำหนด ความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU District
คำนิยาม	<p>๑. การใช้ยาอย่างสมเหตุผล หมายถึง การที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ มีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรม เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้รับยาและใช้ยาได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัยตามข้อบ่งชี้ทางคลินิกและความจำเป็นด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในขนาดยา วิธีใช้ตามระยะเวลาที่เหมาะสม โดยเกิดความคุ้มค่าสูงสุด ทั้งต่อบุคคลและสังคม รวมทั้งประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถใช้นโยบายในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามความจำเป็น ลดความเสี่ยงจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพกลุ่มเสี่ยง</p> <p>๒. ยา ในที่นี้หมายถึง ยา (รวมถึงวัคซีน) ตามกฎหมายว่าด้วยยา และยาจากสมุนไพร ตามกฎหมายว่าด้วยผลิตภัณฑ์สมุนไพร ตลอดจนวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท และยาเสพติดให้โทษ ที่นำมาใช้ทางยา รวมถึงผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยาครอบคลุมนยาสำหรับมนุษย์และยาสำหรับสัตว์</p> <p>๓. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มุ่งหมายใช้เป็นยา หมายถึง ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ที่มีการโฆษณาและกล่าวอ้างสรรพคุณมุ่งหมายสำหรับการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วย</p> <p>๔. อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU district) หมายถึง อำเภอที่มีการออกแบบบริหารจัดการและพัฒนาระบบสุขภาพของชุมชน เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยมีการกำหนดนโยบายและมาตรการดำเนินการในรูปแบบคณะกรรมการหรือองค์กรระดับอำเภอ และมี RDU Coordinator เป็นผู้ประสานการดำเนินงาน โดยการพัฒนาประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (๑) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU hospital) (๒) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชนและร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in Private Health Sectors) และ (๓) การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU community, Non Health Sectors) เช่น ร้านชำ โรงเรียน โรงงาน ปศุสัตว์ และภาคเกษตรกรรม เป็นต้น ซึ่งครอบคลุมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในประชาชน รวมถึงการใช้ยาในสัตว์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการใช้ยา ใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ คุ้มค่า มีความรอบรู้ในการใช้ยา และการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ตัวชี้วัดจังหวัด : อำเภอผ่านตามเกณฑ์ประเมินอำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล อย่างน้อยร้อยละ ๖๐ ของอำเภอทั้งหมด (๑๑ อำเภอ)

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน				
	๑	๒	๓	๔	๕
อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU District	< ร้อย ละ ๓๐	ร้อยละ ๓๐ - ๓๙	ร้อยละ ๔๐ - ๔๙	ร้อยละ ๕๐ - ๕๙	≥ ร้อย ละ ๖๐

ตัวชี้วัดอำเภอ : ความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU District ระดับ ๕

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ความสำเร็จของอำเภอที่ผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล RDU District	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน

เกณฑ์/รายละเอียด	คะแนน
ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จมากกว่าหรือเท่ากับ ๑ ในทุกส่วน หรือส่วนใด	๑
ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จมากกว่าหรือเท่ากับ ๒ ในทุกส่วน หรือส่วนใด	๒
ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จมากกว่าหรือเท่ากับ ๓ ในทุกส่วน หรือส่วนใด	๓
ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จมากกว่าหรือเท่ากับ ๔ ในทุกส่วน หรือส่วนใด	๔
ผ่านเกณฑ์ระดับความสำเร็จ ๕ ทุกส่วน	๕

วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับอำเภอ, จังหวัด
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หน่วยบริการปฐมภูมิ
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมและติดตามการส่งข้อมูลของอำเภอตามแนวทางที่กำหนด
แหล่งข้อมูล	หน่วยงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอ ได้แก่ โรงพยาบาล และ/ หรือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
รายละเอียดการคำนวณ	A = อำเภอที่ขับเคลื่อนการพัฒนาสู่อำเภอใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU District) ตามเกณฑ์ที่กำหนด B = จำนวนอำเภอทั้งหมด

ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินรายไตรมาส โดยเริ่มประเมินไตรมาสที่ ๒ และคำนวณตามเกณฑ์เป้าหมายเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ
-------------------	--

เกณฑ์การประเมิน :

แต่ละอำเภอผ่านเกณฑ์พัฒนาสู่อำเภอได้อย่างสมเหตุผล RDU District ความสำเร็จระดับ ๕ โดยให้มีผลดำเนินการเป็นไปตามเกณฑ์ ใน ๓ ส่วน ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังต่อไปนี้

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. ชี้แจงแนวทางการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๗ และวางแผนร่วมกับสถานบริการสุขภาพแต่ละกลุ่มเป้าหมาย	อย่างน้อย ๑๑ อำเภอ (ร้อยละ ๖๐) มีการดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย	อย่างน้อย ๑๑ อำเภอ (ร้อยละ ๖๐) มีการดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย	อย่างน้อย ๑๑ อำเภอ (ร้อยละ ๖๐) มีผลการดำเนินการตามเกณฑ์เป้าหมาย
๒. ชี้แจงทำความเข้าใจต่อผู้ที่เกี่ยวข้องในแนวทางแต่ละส่วน			

ส่วนที่ ๑ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและแหล่งกระจายยาในชุมชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

RDU Hospital					
ระดับความสำเร็จ	๑	๒	๓	๔	๕
● โรงพยาบาลรัฐ ผ่านตามเกณฑ์ตัวชี้วัดการสั่งใช้ในโรงพยาบาล ๑๒ ตัวชี้วัด	≤ ๓ ตัวชี้วัด	๔ - ๕ ตัวชี้วัด	๖ - ๗ ตัวชี้วัด	๖ - ๙ ตัวชี้วัด	๑๐ - ๑๒ ตัวชี้วัด
● โรงพยาบาลเอกชน โรงพยาบาลเอกชนกลุ่มเป้าหมาย ผ่านประเมินตนเอง ระดับ ๒ (คะแนน ≥ ร้อยละ ๕๐)	< ร้อย ละ ๒๐%	ร้อยละ ๒๐- ๒๙%	ร้อยละ ๓๐- ๓๙%	ร้อยละ ๔๐- ๔๙%	≥ ร้อย ละ ๕๐%
RDU PCU หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือเทียบเท่า					
ร้อยละของ รพ.สต.ในสังกัด สป.สธ. ที่ผ่านเกณฑ์ RDU ทั้งโรค RI, AD	< ๕๐%	๕๐- ๕๙%	๖๐- ๖๙%	๗๐- ๗๙%	≥ ๘๐%
RDU COMMUNITY					
มีกระบวนการพัฒนา “ร้านชำคุณภาพประเภทการใช้ยาอย่างสมเหตุผล G-RDU” และมีร้านชำ G-RDU	< ร้อย ละ ๑๐ ของร้าน ชำ	≥ ร้อย ละ ๑๐ ของร้าน ชำ	< ร้อย ละ ๕ ของร้าน ชำ	ร้อยละ ๕-๑๐ ของร้าน ชำ	≥ ร้อย ละ ๑๐ ของร้าน ชำ

	ทั้งหมด อย่าง น้อย ๑ ตำบล	ทั้งหมด อย่าง น้อย ๑ ตำบล	ทั้งหมด อย่าง น้อย ๒ ตำบล	ทั้งหมด อย่าง น้อย ๒ ตำบล	ทั้งหมด อย่าง น้อย ๒ ตำบล
มีการประเมินตนเอง RDU Community (การบริหารจัดการ, ๕กิจกรรมหลัก)	ไม่มีการประเมิน	/รอรายละเอียดค่าเป้าหมายจาก กระทรวงฯ			ระดับดีขึ้น
สถานบริการสุขภาพเอกชน/ร้านยา					
● คลินิก คลินิกกลุ่มเป้าหมาย ผ่านประเมินตนเอง ระดับ ๒ (คะแนน \geq ร้อยละ ๕๐)	< ร้อย ละ ๒๐%	ร้อยละ ๒๐- ๒๙%	ร้อยละ ๓๐- ๓๙%	ร้อยละ ๔๐- ๔๙%	\geq ร้อย ละ ๕๐%
● ร้านยา ร้านยา (ขย.๑) ผ่านตามเกณฑ์การให้บริการทางเภสัชกรรมในร้านยา ตามประกาศกระทรวง Good pharmacy practice (GPP) (คะแนน \geq ร้อยละ ๘๐)	< ร้อย ละ ๒๐%	ร้อยละ ๒๐- ๒๙%	ร้อยละ ๓๐- ๓๙%	ร้อยละ ๔๐- ๔๙%	\geq ร้อย ละ ๕๐%

ส่วนที่ ๒ ความปลอดภัยจากการใช้ยา

ระดับความสำเร็จ	๑	๒	๓	๔	๕
โรงพยาบาลวางระบบ กลไกตามแนวทางการ เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกใน โรงพยาบาล	อัตราความเจ็บป่วยจากยาที่ป้องกันได้ (preventable adverse events events) ตาม trigger ที่กำหนด (ค่า baseline) /รอรายละเอียดค่าเป้าหมายจากกระทรวงฯ				

ส่วนที่ ๓ ความรอบรู้ด้านการใช้ยาอย่างสมเหตุผล

ระดับความสำเร็จ	๑	๒	๓	๔	๕
ประเมินความรอบรู้ด้าน การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในกลุ่มเป้าหมาย	< ร้อย ละ ๕๐%	ร้อยละ ๕๐- ๕๙%	ร้อยละ ๖๐- ๖๙%	ร้อยละ ๗๐- ๗๙%	\geq ร้อย ละ ๘๐%

วิธีการประเมินผลและการรายงานผล	<p>๑. รายงานผลการดำเนินงานตัวชี้วัดการส่งใช้ยาของโรงพยาบาล และ รพ.สต. ในระบบ Health Data Center (HDC)</p> <p>๒. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ตาม trigger ที่กำหนด และรายงานในระบบรายงานของศูนย์เฝ้าระวังความปลอดภัยด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ (HPVC)</p> <p>๓. เอกสารการดำเนินงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/หน่วยบริการปฐมภูมิ</p> <p>๔. รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ตามระบบรายงานที่กำหนด</p>
เอกสารสนับสนุน	<p>๑. แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล กองบริหารการสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/dmsic/admin/files/userfiles/files/Manual_Service%20Plan%20RDU_Sept2016.pdf)</p> <p>๒. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/๖๗)</p> <p>๓. แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน กระทรวงสาธารณสุข (http://dmsic.moph.go.th/index/detail/๘๓๐๒)</p> <p>๔. แนวทางการพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผล ในโรงพยาบาลเอกชนและคลินิกเอกชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (http://bit.ly/๔๔vouVY)</p> <p>๕. แนวทางการดำเนินการของร้านยา ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดระยะเวลาผู้รับอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต้องปฏิบัติตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖ (https://www.fda.moph.go.th/sites/drug/SitePages/GPP-๐๒-๒๕๖๑.aspx)</p> <p>๖. แนวทางการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในร้านยา (http://ndi.fda.moph.go.th/drug_use/detail/๖๙)</p> <p>๗. มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ มติ ๑๒.๔ การจัดการเชิงระบบสู่ประเทศไทยใช้ยาอย่างสมเหตุผล โดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (https://kbphpp.nationalhealth.or.th/handle/๑๒๓๔๕๖๗๘๙/๒๑๕๒๑?locale-attribute=th)</p> <p>๘. แนวทางการพัฒนาจังหวัดใช้ยาอย่างสมเหตุผล (อยู่ระหว่างปรับปรุง) (https://drive.google.com/file/d/๑FMsZUmQVoJroUuG-pwBynsP๓jeiRvoh/view?usp=sharing)</p>

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	อำเภอผ่านเกณฑ์อำเภอใช้อย่างสมเหตุผล RDU District	ร้อยละ	-	๕ อำเภอ ร้อยละ ๒๗.๗๗	๑๐ อำเภอ ร้อยละ ๕๕.๕๖
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นายกิตติศักดิ์ ไททอง หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๓๙๘๒ ๖๙๔๑ โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : kittisak.t@kkumail.com</p> <p>๒. นางสาวตรีรัตน์ จันทลาไสม เภสัชกรชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๒๒ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๓๕๗ ๗๖๐๐ โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : fdasakol.primarycarerx@gmail.com</p> <p>กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>				

หมวด	๑.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ																					
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ																					
โครงการหลัก	๓. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ																					
ตัวชี้วัดที่ ๑๔	ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบ																					
คำนิยาม	<p>๑. สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ หมายถึง สถานประกอบการที่อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ อาหาร ยา ผลิตภัณฑ์สมุนไพร เครื่องสำอาง วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ที่ได้รับการอนุญาตจาก สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>๒. สถานประกอบการด้านบริการสุขภาพ หมายถึง สถานพยาบาลตาม พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้แก่ กิจการสปา กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม</p> <p>๓. ได้รับการตรวจสอบ หมายถึง การตรวจประเมินสถานที่ตามแบบประเมินมาตรฐาน ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ สถานพยาบาล และสถานบริการเพื่อสุขภาพ โดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายนั้นในระดับอำเภอ สังกัดโรงพยาบาล หรือ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p>																					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ชื่อตัวชี้วัด</th> <th colspan="5">เกณฑ์การประเมิน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบ</td> <td>< ๕๕</td> <td>๕๕ - ๕๙</td> <td>๖๐ - ๖๔</td> <td>๖๕ - ๖๙</td> <td>>=๗๐</td> </tr> </tbody> </table>					ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน					๑	๒	๓	๔	๕	ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบ	< ๕๕	๕๕ - ๕๙	๖๐ - ๖๔	๖๕ - ๖๙	>=๗๐
ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน																					
	๑	๒	๓	๔	๕																	
ร้อยละของสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบ	< ๕๕	๕๕ - ๕๙	๖๐ - ๖๔	๖๕ - ๖๙	>=๗๐																	
วัตถุประสงค์	<ol style="list-style-type: none"> พัฒนาระบบตรวจสอบเฝ้าระวังสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด เฝ้าระวังสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด ส่งเสริมผู้ประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักเกณฑ์มาตรฐานที่กฎหมายกำหนด 																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<ol style="list-style-type: none"> สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ที่ได้รับการอนุญาตจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้แก่ <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ สถานประกอบการด้านอาหาร ได้แก่ สถานที่ผลิตอาหารที่เข้าข่ายเป็นโรงงานและไม่เข้าข่ายเป็นโรงงาน ๑.๒ สถานประกอบการด้านยา ได้แก่ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จที่ไม่ใช่ยาอันตรายหรือยาควบคุมพิเศษ สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ ๑.๓ สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร ได้แก่ สถานที่ผลิตผลิตภัณฑ์สมุนไพร และสถานที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๑.๔ สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง ได้แก่ สถานที่ผลิต/เก็บรักษา/นำเข้าเครื่องสำอาง ๑.๕ สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์วัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข และเครื่องมือแพทย์ ได้แก่ สถานที่ผลิตวัตถุอันตรายที่ใช้ในบ้านเรือนหรือทางสาธารณสุข สถานที่ประกอบการผลิตเครื่องมือแพทย์ 																					

	๒. สถานประกอบการด้านบริการสุขภาพ หมายถึง สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ.๒๕๔๑ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้แก่ กิจการสปา กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ในจังหวัดสกลนคร								
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. พนักงานเจ้าหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานระดับอำเภอ ออกตรวจสอบสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพตามแผนเฝ้าระวัง และรายงานผลการประเมินผ่านระบบรายงานบน website ของกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ๒. กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร รวบรวมประเมินผล และส่งคืนข้อมูลให้กับโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ								
แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ								
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)								
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพเป้าหมายทั้งหมดของอำเภอ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗)								
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$								
ระยะเวลาประเมินผล	๑. ระยะเวลาการประเมินผลสิ้นสุดไตรมาสที่ ๔ (วันที่ ๓๐ กันยายน ๒๕๖๗) ๒. ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุกไตรมาส								
เกณฑ์การประเมิน :									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>รอบ ๓ เดือน</th> <th>รอบ ๖ เดือน</th> <th>รอบ ๙ เดือน</th> <th>รอบ ๑๒ เดือน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงาน</td> <td>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ ๔๐</td> <td>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ ๖๐</td> <td>สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ ๗๐</td> </tr> </tbody> </table>	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงาน	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ ๔๐	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ ๖๐	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ ๗๐
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน						
ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงาน	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ ๔๐	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ ๖๐	สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ ได้รับการตรวจสอบ ร้อยละ ๗๐						
วิธีการประเมินผล	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานของโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ								
เอกสารสนับสนุน	๑. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ ๔๒๐) พ.ศ. ๒๕๖๓ เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหาร ๒. คู่มือการตรวจสถานที่ผลิตอาหารตามหลักเกณฑ์วิธีการผลิตที่ดีในการผลิตที่บังคับใช้เป็นกฎหมาย (GMP ๔๒๐) ลิงก์ https://food.fda.moph.go.th/media.php?id=๕๑๒๒๒๙๕๑๐๖๗๕๐๔๖๔๐๐&name=M_GMP๔๒๐.pdf ๓. บันทึกการตรวจสถานที่ขายยา ลิงก์ https://drive.google.com/file/d/๑tVrtgY๓๓๕jWtUqKF๒๒๔cpqClwivwvN๓/view ๔. บันทึกการตรวจสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร ๕. แบบตรวจสอบสถานที่ผลิตเครื่องสำอางตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการผลิต หรือนำเข้าเครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๖๑ ๑.๖ บันทึกตรวจสถานที่ขายผลิตภัณฑ์สมุนไพร (กรณีเฝ้าระวังประจำปี) ๑.๗ บันทึกการตรวจสถานที่ผลิตเครื่องมือแพทย์ ๑.๘ แบบบันทึกการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ๑.๙ แบบตรวจประเมินมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการ นวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม								

รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
			-	-	-
หน่วยงานที่รายงาน	โรงพยาบาล และ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ				
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ</p> <p>๑.๑ ด้านอาหาร นายไชยวิจิต ไชยสิทธิ์ เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๒๒ มือถือ : ๐๘๖๘๖๑๗๒๗๕ E-mail : foodsafety_skko@hotmail.com</p> <p>๑.๒ ด้านยา นางสาวทิพวรรณ สิมสินธุ์ เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๒๒ มือถือ : - E-mail : fda.sakol@gmail.com</p> <p>๑.๓ ด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพร นางสาวศิริวรรณ รัตน์โคตร เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๒๒ มือถือ : - E-mail : fda.sakol@gmail.com</p> <p>๑.๔ ด้านเครื่องสำอาง วัตถุอันตราย และเครื่องมือแพทย์ นางสุวิชา แสนบรรดิษฐ์ รินทา เกษัชกรปฏิบัติการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๒๒ มือถือ : - E-mail : fdasakol.cosmetic@gmail.com</p> <p>๒. สถานประกอบการด้านบริการสุขภาพ นายณัฐปรีชา หมอกมีชัย เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๒๒ มือถือ : - E-mail : fda.sakol@gmail.com</p>				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	นายไชยวิจิต ไชยสิทธิ์ เกษัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๒๒ มือถือ : ๐๘๖๘๖๑๗๒๗๕ E-mail : foodsafety_skko@hotmail.com				

หมวด	๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)					
แผนที่	๖. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)					
โครงการที่	๖. โครงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก					
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดร้อยละ / คปสอ.(รพ. สสอ.)วัดร้อยละ					
ตัวชี้วัดที่ ๑๕	ปริมาณการใช้ยาสมุนไพร เทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด					
คำนิยาม	จำนวน (ครั้ง) ของผู้ให้บริการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัส ๒๔ หลัก ที่ขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒ เทียบกับจำนวนการส่งจ่ายยาทั้งหมด ที่มีรหัส ๒๔ หลัก ขึ้นต้นด้วย ๑๐, ๑๑, ๑๒, ๑๔, ๑๘, ๒๐, ๒๑, ๒๒, ๒๔, ๓๐, ๓๑, ๓๒, ๓๔, ๔๑ และ ๔๒					
เกณฑ์เป้าหมาย	: ร้อยละ ๒๐					
	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละ	< ๑๕	๑๕-๑๗	๑๘-๒๐	๒๑-๒๓	≥๒๔
วัตถุประสงค์	เพื่อแสดงจำนวน (ครั้ง) การจ่ายยาสมุนไพรให้กับผู้มารับบริการ เทียบกับจำนวนการส่งจ่ายทั้งหมด ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ประชาชนที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ทุกระดับ					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงานมาตรฐาน ๔๓ แฟ้ม กระทรวงสาธารณสุข					
แหล่งข้อมูล	๔๓ แฟ้ม (SERVICE/ PERSON/ DRUG_OPD/)					
รายการข้อมูล ๑ (จำนวนครั้ง)	จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการส่งจ่ายยาสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ที่มีรหัสขึ้นต้นด้วย ๔๑ หรือ ๔๒					
รายการข้อมูล ๒ (จำนวนครั้ง)	จำนวนผู้รับบริการ (ครั้ง) ที่ได้รับการส่งจ่ายยาทั้งหมด ที่มีรหัส ๒๔ หลัก ที่ขึ้นต้นด้วย ๑๐, ๑๑, ๑๒, ๑๔, ๑๘, ๒๐, ๒๑, ๒๒, ๒๔, ๓๐, ๓๑, ๓๒, ๓๔, ๔๑ และ ๔๒					
รายการข้อมูล ๓ (จำนวนครั้ง)	สัดส่วนของการส่งจ่ายสมุนไพรเดี่ยว หรือยาสมุนไพรตำรับ ต่อการส่งจ่ายยาทั้งหมดในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	โดยคำนวณจาก การส่งจ่ายยาสมุนไพร x ๑๐๐/การส่งจ่ายยาทั้งหมด ในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ					
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔					
ระดับของข้อมูลรายงาน	ครอบคลุมถึงรายเขตสุขภาพ/จังหวัด/อำเภอ/หน่วยบริการ					
วิธีการประเมินผล :	ข้อมูลจากหน่วยบริการทั่วประเทศ ส่งเข้าคลัง HDC on Cloud กระทรวงสาธารณสุขเพื่อประมวลผลบนระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข					
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	<p>๑. นายอภิวัฒน์ แสงวงศ์ หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐-๒๑๔๙-๕๖๔๗ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๒-๕๓๕-๔๖๙๘ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑-๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : ttmsakonnakhon@gmail.com</p> <p>๒. นางอารีรัตน์ สິงามเมือง รองหัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์แผนไทยฯ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑-๑๕๗ ต่อ ๑๕๒๓ โทรศัพทมือถือ : ๐๘๖-๓๖๓-๕๓๒๔ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑-๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : ttmsakonnakhon๐๒@gmail.com</p> <p>สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>					

หมวด	๑.ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ(PP&P Excellence)
แผนงานที่	๒. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
โครงการที่	๑. โครงการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/เขต/ประเทศ
ตัวชี้วัดที่ ๑๖	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามผลการประเมิน UCCARE
คำนิยาม	<p>การพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ หมายถึง การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ที่ดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ตามองค์ประกอบ UCCARE ในประเด็นที่พื้นที่กำหนดในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีผลลัพธ์การพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อ หรือตั้งแต่ระดับสามขึ้นไปทุกข้อ โดยการประเมินตนเองและประเมินระดับจังหวัด</p> <p>อำเภอ หมายถึง เป็นหน่วยราชการบริหารรองจากจังหวัด มีนายอำเภอเป็นหัวหน้าปกครองและเป็นผู้นำในการทำงานร่วมกับท้องถิ่นและภาคส่วนต่าง ๆ ในการดูแลประชาชนและส่งเสริมให้ประชาชนดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนร่วมกัน โดยใช้ปัญหาความทุกข์ยากของประชาชนในพื้นที่ระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ เป็นเป้าหมายร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตภายใต้บริบทของแต่ละพื้นที่จำนวน ๑๘ แห่ง</p> <p>กลุ่มเปราะบาง หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ขาดความสามารถในการปกป้องสิทธิผลประโยชน์ของตนเนื่องจากขาดอำนาจ การศึกษา ทรัพยากร ความเข้มแข็ง มีความเสี่ยงสูงที่จะถูกคุกคามจากปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ เช่น สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และภัยพิบัติทางธรรมชาติหรืออื่น ๆ เป็นผู้มีข้อจำกัดในเรื่องในการจัดการความเสี่ยงและผลกระทบที่ตามมา การช่วยเหลือตัวเอง การตัดสินใจ และอำนาจต่อรอง ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ต้องการการสนับสนุน การปกป้อง การช่วยเหลือทางกาย จิต หรือทางสังคม จากผู้อื่น ตัวอย่างกลุ่มเปราะบาง เช่น เด็ก ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คนที่ถูกสังคมตีตรา ผู้ป่วยบางประเภท แรงงานต่างด้าวที่ผิดกฎหมาย ผู้ติดสารเสพติดที่ผิดกฎหมาย คนพิการ คนที่ทำผิดกฎหมาย/อาชญากร และคนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙</p> <p>กลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพ พิจารณาจากปัจจัยกำหนดสุขภาพด้านสังคม อย่างน้อย ๒ ใน ๓ ปัจจัย ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑) คนชายขอบที่ถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม เช่น คนยากจน คนไร้รัฐ ชาติพันธุ์กลุ่มน้อย แรงงานข้ามชาติ เด็กกำพร้า ผู้เคยได้รับโทษ ฯลฯ ๒) คนที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ คนที่มีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล ๓) คนที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้งหรือการถูกกระทำทารุณถ้าไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพในระยะยาว เช่น ผู้สูงอายุ ผู้พิการทางกาย ผู้พิการทางจิตเวช ผู้ป่วยติดบ้าน ผู้ป่วยติดเตียง <p>(อ้างอิง : บวรศม สิริพันธ์ และคณะ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเปราะบางในประเทศไทย : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข,๒๕๕๙)</p>

เกณฑ์เป้าหมาย					
ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามผลการประเมิน UCCARE	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบางในพื้นที่ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยใช้หลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” เป็นไปตามเจตนารมณ์ของระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	ทุกอำเภอ (๑๘ อำเภอ)
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การรายงานข้อมูลตามโปรแกรม CL UCCARE
แหล่งข้อมูล	สำนักงานเขตสุขภาพ / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด / สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาล
รายการข้อมูล ๑	ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามผลการประเมิน UCCARE
รายการข้อมูล ๒	
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๔

เกณฑ์การประเมิน : ปี ๒๕๖๖:			
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
๑. มีคำสั่งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน ๒. มีการประชุมคัดเลือกประเด็นสำคัญตามบริบทของพื้นที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต อย่างน้อย ๒ ประเด็น เพื่อวางแผนการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหา ๓. มีการกำหนดเป้าหมายการดูแลกลุ่มเปราะบางตามบริบทของพื้นที่ ๔. ทุกอำเภอมีการประเมินตนเองตามแบบการประเมิน UCCARE และวางแผนการพัฒนาร่วมกับจังหวัด	๑. มีคณะทำงานตามประเด็นวางแผนแนวทางในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามที่พื้นที่กำหนด ๒. มีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากร(คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง	๑.มีการติดตามเสริมพลังและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยการติดตามเสริมพลังของทีมเสริมพลังระดับจังหวัดและเขต	๑.อำเภอมีการดำเนินงานและผ่านเกณฑ์การประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพ ร้อยละ ๑๐๐

วิธีการประเมินผล :	๑.มีการกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน อย่างน้อย ๒ ประเด็น ๒.มีการกำหนดเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มเปราะบางที่ชัดเจน ๓.มีคณะทำงานในการขับเคลื่อนประเด็นที่กำหนด และมีการบริหารจัดการบูรณาการทรัพยากรของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนและการดูแลกลุ่มเปราะบาง ๔.มีรูปแบบการบูรณาการทรัพยากร (คน เงิน ของ ความรู้ ข้อมูล) ที่เป็นรูปธรรมชัดเจน ๕.มีการประเมินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE โดยการประเมินตนเองและผู้เยี่ยมระดับจังหวัดและเขต																			
เอกสารสนับสนุน :	๑.ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ๒.คู่มือประกอบการพิจารณาเปรียบเทียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ๓.คู่มือแนวทางการดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ๔.แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ																			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <tr> <td>Baseline data</td> <td>หน่วยวัด</td> <td colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</td> </tr> <tr> <td>๑๘ อำเภอ</td> <td>ระดับการพัฒนา</td> <td>๒๕๖๔</td> <td>๒๕๖๕</td> <td>๒๕๖๖</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>๓</td> <td>๓</td> <td>๓</td> </tr> </table>	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๑๘ อำเภอ	ระดับการพัฒนา	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖			๓	๓	๓				
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																		
๑๘ อำเภอ	ระดับการพัฒนา	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖																
		๓	๓	๓																
หน่วยงานประมวลผล และจัดทำข้อมูล (ระดับส่วนกลาง)	๑. นพ.ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒ ๕๕๐ ๑๙๓๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๑๙๒๓ ๐๕๓๖ โทรสาร : ๐๒ ๕๕๐ ๑๙๓๗ E-mail : peed.pr@hotmail.com ๒. นางเอี่ยมพร จันทร์ทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๒-๕๕๐ ๑๙๓๙ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๖๓๕๔ ๑๙๖๑ โทรสาร : ๐๒-๕๕๐ ๑๙๓๗ E-mail : auam.moph@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ																			
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นายมานิตย์ ไชยพะยวน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒๗๑๑๑๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒๓๙๖๓๔๖๒ โทรสาร : ๐๔๒๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐ E-mail : offside๔๔@hotmail.com สถานที่ทำงาน สำนักสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร																			

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Health Outcome)

ระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามผลการประเมิน UCCARE

เป้าหมาย/ตัวชี้วัด (Service outcome)

การใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ อย่างน้อย ๒ เรื่องและดูแลกลุ่มเปราะบาง โดยใช้เกณฑ์ตามบริบทพื้นที่

เอกสารแนบท้าย

แนวทางการประเมินคุณภาพการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามองค์ประกอบ UCCARE ประกอบด้วย

๑. การทำงานเป็นทีม (Unity Team) หมายถึงการทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พชอ.
๒. การให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย (Customer Focus) เพื่อให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
๓. การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community participation)
๔. การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) หมายถึงการทำงานอย่างมีคุณค่า
๕. การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาคณะกรรมการ พชอ. (Resource sharing and human development)
๖. การแก้ไขปัญหา/การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนตามบริบทของพื้นที่ (Essential care)

ระดับ	ความหมาย
๑	มีแนวทางที่ชัดเจน และ/หรือ เริ่มดำเนินการ (แนวทาง ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ วัตถุประสงค์เป็นอย่างไร, แผนขั้นตอนเป็นอย่างไร และตัววัดเป้าหมาย วิธีการติดตามประเมินผลเป็นอย่างไร)
๒	มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่ครอบคลุม
๓	ดำเนินการอย่างเป็นระบบ และ/หรือ มีการทบทวน ประเมินและปรับปรุงกระบวนการที่สำคัญและ/หรือ มีการดำเนินการครอบคลุม (ระบบ หมายถึง สามารถทำซ้ำได้ มีขั้นตอนชัดเจน) (การดำเนินการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ทำได้ครอบคลุมทุกขั้นตอนตามแผนหรือไม่อย่างไร, คนที่ได้รับมอบหมายทำหน้าที่ทุกคนหรือไม่อย่างไร และคนที่ทำอย่างมุ่งมั่นหรือไม่อย่างไร)
๔	มีการทบทวน ประเมินผลและปรับปรุงโดยใช้ข้อมูลจริงและมีการเรียนรู้เพื่อปรับพัฒนาให้ดีขึ้น (การเรียนรู้ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ผลลัพธ์ตรงเป้าหรือไม่อย่างไร, มีการแลกเปลี่ยนบทเรียนที่ได้รับหรือไม่อย่างไร และมีการนำบทเรียนไปปรับปรุงหรือไม่อย่างไร)
๕	มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร เริ่มเห็นผลการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น และตอบสนองต่อเป้าหมาย/พันธกิจองค์กร (การบูรณาการ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบ ได้แก่ ความสอดคล้องของเป้า แผน ปฏิบัติ วัด ปรับ, ความสอดคล้องกับกระบวนการอื่นที่เกี่ยวข้อง และความสอดคล้องกับเป้าหมายของเครือข่ายบริการปฐมภูมิ)

UCCARE	๑ เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒ ขยายการ ดำเนินการ	๓ ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	๔ เรียนรู้	๕ บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Unity Team	มีแนวทางที่จะทำงาน ร่วมกันและดำเนินงาน ตามหน้าที่ในส่วนที่ รับผิดชอบ	มีการทำงานร่วมกัน เป็นทีมในบาง ประเด็น และ/หรือ มีภาคีภาค ส่วนร่วมด้วย	มีการทำงานร่วมกันเป็น ทีม (cross functional) ระหว่างฝ่ายคิดวางแผน และดำเนินการร่วมกัน โดยมีภาคีภาคส่วนร่วม ด้วยบางส่วน	มีการทำงานร่วมกัน เป็นโครงข่ายทีม เดียวกัน ทั้งแนวตั้ง และแนวนอน (fully integrate) โดยมี ภาคีทุกภาค ส่วนร่วมด้วย	ชุมชน ภาคีภาคส่วน ต่างๆ ร่วมเป็นทีม ในทุกประเด็นการ พัฒนาคุณภาพชีวิต	การทำงานเป็นทีมของ คณะกรรมการ พชอ. หมายถึง การทำงานร่วมกันของ คณะกรรมการ พชอ. ประกอบด้วย ภาครัฐ (ส่วน ท้องถิ่นและท้องที่) ภาคเอกชน และภาคประชาชน ที่มี นายอำเภอเป็นประธานและ สาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ
Customer Focus	มีการกำหนด กลุ่มเป้าหมายอย่าง ชัดเจนและเหมาะสม กับบริบทของพื้นที่	มีการรับรู้และเข้าใจ ความต้องการ ของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมายที่ หลากหลาย อย่าง น้อยในกลุ่มที่มีปัญหา มากที่สุด	มีการรับรู้และเข้าใจความ ต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ครอบคลุม ประชากรส่วนใหญ่ และ นำมาแก้ไข ปรับปรุง	มีการเรียนรู้และ พัฒนาการรับรู้ ความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ให้ สอดคล้อง และมี ประสิทธิภาพมากขึ้น	ความต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย ถูก นำมาบูรณาการกับ ระบบต่างๆ จนทำให้ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย เชื่อมั่น ศรัทธา ผูกพัน และมี ส่วนร่วม	ความต้องการของประชาชน กลุ่มเป้าหมาย หมายถึง <u>ประเด็นปัญหาหรือประเด็น พัฒนา</u> ที่ประชาชน กลุ่มเป้าหมายจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข

UCCARE	๑ เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒ ขยายการ ดำเนินการ	๓ ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	๔ เรียนรู้	๕ บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Community Participation	มีแนวทาง หรือเริ่มให้ ชุมชน และภาคีภาค ส่วน <u>มีส่วนร่วม</u> ในการ ดำเนินงาน	ดำเนินการให้ชุมชน และภาคีภาคส่วน <u>ร่วมรับรู้ ร่วม ดำเนินการ</u> ในการ <u>พัฒนาคุณภาพชีวิต</u> ในงานที่ <u>หลากหลาย</u> และขยายวงกว้าง เพิ่มขึ้น	ชุมชน และภาคีภาคส่วนมี <u>ส่วนร่วมคิด ร่วมดำเนินการ</u> <u>พัฒนาคุณภาพชีวิต</u> อย่าง <u>เป็นระบบ</u> และมีการขยาย วงได้ค่อนข้างครอบคลุม	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมคิด ร่วม วางแผน ร่วม ดำเนินการพัฒนา คุณภาพชีวิต และมี การทบทวน เรียนรู้ <u>ปรับปรุงกระบวนการ</u> มีส่วนร่วมให้เหมาะสม มากขึ้น	ชุมชน และภาคีภาค ส่วนร่วมดำเนินการ <u>อย่างครบวงจร</u> รวมทั้งการ ประเมินผล จนร่วม <u>เป็นเจ้าของการ</u> ดำเนินงานพัฒนา คุณภาพชีวิต	
Appreciation	มีแนวทางหรือวิธีการที่ ชัดเจน หรือเริ่ม ดำเนินการในการดูแล พัฒนา และสร้างความ <u>พึงพอใจ</u> ของ คณะกรรมการ พชอ.	มีการขยายการ ดำเนินการตาม แนวทางหรือวิธีการใน การดูแล พัฒนา และ <u>สร้างความพึงพอใจ</u> ของบุคลากรเพิ่มขึ้น	ดำเนินการตามแนวทาง หรือวิธีการดูแลพัฒนา และสร้างความพึงพอใจ และความผูกพัน (engagement) ของ คณะกรรมการ พชอ.ให้ <u>สอดคล้องกับบริบทของ พื้นที่</u>	คณะกรรมการ พชอ.มี การเรียนรู้ ทบทวน <u>กระบวนการดูแล พัฒนา และสร้าง ความผูกพัน</u> ของ คณะกรรมการ พชอ. ให้สอดคล้องกับบริบท <u>ของพื้นที่</u>	<u>สร้างวัฒนธรรม</u> <u>เครือข่าย</u> ให้ คณะกรรมการ พชอ. มีความสุข ภูมิใจ <u>รับรู้คุณค่า</u> และเกิด <u>ความผูกพัน</u> ในงาน ร่วมกัน	ความผูกพัน (engagement) หมายถึง การที่คณะกรรมการ พชอ.มีความกระตือรือร้นในการ ปฏิบัติงานในหน้าที่ และงานที่ ได้รับมอบหมาย ด้วยความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุ พันธกิจที่กำหนด ไว้

UCCARE	๑ เริ่มมีแนวทาง และ/หรือ เริ่ม ดำเนินการ	๒ ขยายการ ดำเนินการ	๓ ดำเนินการเป็นระบบ และ/หรือครอบคลุม	๔ เรียนรู้	๕ บูรณาการ	คำสำคัญและนิยามปฏิบัติการ
Resources Sharing and Human Development	มีแนวทาง หรือเริ่มวาง <u>แผนการใช้ทรัพยากร ร่วมกัน และ พัฒนา คณะกรรมการ พขอ. ร่วมกัน</u> เพื่อสนับสนุน การพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน	มีการ <u>ดำเนินการ ร่วมกัน</u> ในการใช้ ทรัพยากร และ พัฒนาคณะกรรมการ พขอ. ร่วมกัน ในบาง <u>ประเด็น หรือบาง ระบบ</u>	มีการจัดการทรัพยากร และพัฒนาคณะกรรมการ พขอ. <u>ร่วมกันอย่างเป็น ระบบและครอบคลุม</u> ตามบริบท และความ จำเป็นของพื้นที่ เพื่อ สนับสนุนให้บรรลุตาม เป้าหมาย	มีการ <u>ทบทวนและ ปรับปรุงการจัดการ ทรัพยากร และพัฒนา คณะกรรมการ</u> ให้ เหมาะสม และมี ประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น	มีการจัดการ ทรัพยากรร่วมกันโดย <u>ยึดเป้าหมายของ คณะกรรมการ พขอ. (ไม่มีกำแพงกัน)</u> และ มีการใช้ทรัพยากร <u>จากชุมชน</u> ส่งผลให้ เกิดระบบสุขภาพ ชุมชนที่ยั่งยืน	Resource หมายถึง คน เงิน ของ ความรู้ รวมทั้งข้อมูล ซึ่งเป็นปัจจัยนำเข้า (input) ของ การทำงานร่วมกัน
Essential Care	มีแนวทาง หรือเริ่ม ดำเนินการ <u>จัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิตประชาชน</u> กลุ่มเป้าหมาย ตาม บริบทของพื้นที่	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต ตาม บริบท ตามความ ต้องการของ ประชาชน กลุ่มเป้าหมาย บางส่วน โดยเฉพาะ กลุ่มที่มีปัญหา	มีการจัดระบบการแก้ไข ปัญหา/พัฒนาคุณภาพ ชีวิต ตามบริบท ตาม ความต้องการของ ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย <u>ที่ครอบคลุม</u>	มีการเรียนรู้ ทบทวน การจัดระบบการแก้ไข ปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต มีการ <u>พัฒนาอย่างต่อเนื่อง</u> เพื่อให้เกิดการพัฒนา คุณภาพชีวิตที่ เหมาะสม สอดคล้อง มากขึ้น	มีการจัดระบบการ แก้ไขปัญหา/พัฒนา คุณภาพชีวิต แบบ บูรณาการร่วมกับ ประชาชน ชุมชนภาคี ภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง	Essential Care หมายถึง การ แก้ไขปัญหาหรือพัฒนาคุณภาพ ชีวิตให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และเป็นไปตามศักยภาพของ คณะกรรมการ พขอ.

หมวด	๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)				
แผนที่	การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan)				
โครงการที่	-				
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดผลร้อยละรพ.ที่ผ่าน / รพ.วัดระดับความสำเร็จการดำเนินงานตามข้อที่ผ่าน				
ประเด็นนโยบาย	มีบริการ Home ward ในโรงพยาบาล (สถานชีวาภิบาล)				
ตัวชี้วัดที่ ๑๗	โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์การให้บริการ Hospital at home /Home ward				
คำนิยาม	๑. สถานชีวาภิบาล คือ สถานที่ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะสุดท้ายติดบ้านติดเตียง ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระยะแรกจนถึง วาระสุดท้ายของชีวิต ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ (กาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ) ๒. Hospital at home / Home ward คือ การรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่บ้าน ที่มีมาตรฐานการดูแลเทียบเคียงกับผู้ป่วยในโรงพยาบาล (IPD) โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (patient centered care) และคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นสำคัญตามมาตรฐานการรักษา ของแต่ละวิชาชีพโดยมีความร่วมมือของญาติหรือผู้ดูแล ครอบคลุมทั้ง ๔ มิติ (กาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ)				
คำเป้าหมาย :					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>๑๐๐ วันแรก</th> <th>ปีงบประมาณ ๒๕๖๗</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๑. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลจังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๒. มีบริการ Hospital at Home จังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)</td> <td>๑. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลจังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๒. มีบริการ Hospital at Home / Home ward ในโรงพยาบาลทั้ง ๑๘ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๓. มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ ร้อยละ ๙๕</td> </tr> </tbody> </table>	๑๐๐ วันแรก	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	๑. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลจังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๒. มีบริการ Hospital at Home จังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)	๑. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลจังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๒. มีบริการ Hospital at Home / Home ward ในโรงพยาบาลทั้ง ๑๘ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๓. มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ ร้อยละ ๙๕
๑๐๐ วันแรก	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗				
๑. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลจังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๒. มีบริการ Hospital at Home จังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐)	๑. ให้บริการในสถานชีวาภิบาลจังหวัดละ ๑ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๒. มีบริการ Hospital at Home / Home ward ในโรงพยาบาลทั้ง ๑๘ แห่ง (ร้อยละ ๑๐๐) ๓. มีบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ ร้อยละ ๙๕				
วัตถุประสงค์	๑. ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน เพิ่มคุณภาพชีวิต ๒. ลดภาระค่าเดินทาง การรอคอย ครอบครัวไร้กังวล ลูกหลานวัยทำงานไม่เสียรายได้				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. โรงพยาบาล ทั้ง ๑๘ แห่ง มีบริการ Hospital at Home / Home ward				

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงาน
แหล่งข้อมูล	เขตสุขภาพ / สสจ.
รายการข้อมูล ๑	๑. จำนวนที่ให้บริการในสถานชีวาภิบาลในจังหวัด ๒. จำนวนที่มีบริการ Hospital at Home / Home ward จังหวัด ๓. จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการคลินิกผู้สูงอายุ
รายการข้อมูล ๒	๑. จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด ๒. จำนวนโรงพยาบาลทุกระดับ
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๑. จำนวนโรงพยาบาลที่มีบริการ Hospital at Home / Home ward _____ X ๑๐๐ จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด
ระยะเวลาประเมินผล	๑๐๐ วัน ๖ เดือน และ ๑๒ เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

๑๐๐ วันแรก : มีสถานชีวาภิบาลให้บริการเป็นต้นแบบ ๑ แห่ง

ปี ๒๕๖๗ :

เกณฑ์การให้คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	๑-๕ ข้อ	-	๖-๑๑ ข้อ	-	ครบ ๑๒ ข้อ

วิธีการประเมิน : จากแบบประเมินศักยภาพการดูแลผู้ป่วยในบ้าน (Home ward) สำหรับหน่วยบริการ ทั้งหมด ๑๒ หัวข้อ มีการกำหนดพื้นที่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

๑. มีการกำหนดพื้นที่ที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้
๒. แพทย์ในโรงพยาบาล รับทราบระบบ Home ward ข้อบ่งชี้ในการส่งต่อ ข้อจำกัดเกณฑ์ในการส่งผู้ป่วยกลับบ้าน
๓. มีแพทย์ และทีมพยาบาลที่รับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในระบบ Home ward
๔. มีระบบประเมินความพร้อมศักยภาพของบ้านและครอบครัว รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ที่สามารถร่วมดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านได้
๕. ระบบส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย(แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ และทีม Home ward ทีมปฐมภูมิหรือทีมเยี่ยมบ้าน)

- ๖. ระบบการติดต่อสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างหน่วยบริการกับญาติในแต่ละวัน เช่น โทรศัพท์ , Line video call , จัดสรรให้ยืมโทรศัพท์ที่มีอินเทอร์เน็ตในกรณีที่ผู้ป่วยไม่มี เป็นต้น
- ๗. ช่องทางในการติดต่อกรณีฉุกเฉิน และรับผู้ป่วยกลับถ้าอาการเปลี่ยนแปลงตลอด ๒๔ ชั่วโมง รวมถึงระบบรถรับส่ง
- ๘. ระบบยืม/จ่ายอุปกรณ์ของโรงพยาบาล เช่น thermometer , เครื่องวัดความดัน , เครื่องวัดระดับออกซิเจน , เตียง , ชุดเช็ดทำแผล เป็นต้น
- ๙. ระบบจ่ายอุปกรณ์สิ้นเปลือง เช่น ผ้าก๊อซ น้ำเกลือ ไสริงค์ เป็นต้น
- ๑๐. ระบบจัดเก็บข้อมูลผู้ป่วยรายกรณี อาจเป็นกระดาษ หรือโปรแกรม แอปพลิเคชันออนไลน์
- ๑๑. ระบบจัดเก็บขยะติดเชื้อ เช่น รถจัดเก็บขยะติดเชื้อ , เต้าเผาขยะติดเชื้อชุมชน
- ๑๒. มีระบบบริหารความเสี่ยง (risk management) สอดคล้องกับการบริหารจัดการ

หมายเหตุ : ระดับที่ ๑ : ๑ - ๕ ข้อ
 ระดับที่ ๒ : -
 ระดับที่ ๓ : ๖ - ๑๑ ข้อ
 ระดับที่ ๔ : -
 ระดับที่ ๕ : ครบ ๑๒ ข้อ

วิธีการประเมินผล :	รายงานจากเขตสุขภาพ / สสจ.				
เอกสารสนับสนุน :	แบบประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว สภาพที่พักอาศัย และทีมดูแลที่บ้าน (ราชวิทยาลัยแพทยเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมแพทยเวชปฏิบัติทั่วไป)				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	- มีบริการ Home ward ในโรงพยาบาล	ร้อยละ	-	-	๙๔.๔๔ (๑๗ แห่ง)
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดจังหวัด สกลนคร	นางปาริชาติ พุ่มพา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-711157 ต่อ 1311-1313 โทรศัพท์มือถือ : 081-7292854 โทรสาร : 042-711157 ต่อ 1001 E-mail : pari_pumpa@hotmail.com				

<p>ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน จังหวัดสกลนคร</p>	<p>นางปาริชาติ พุ่มพา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :042-711157 ต่อ 1311-1313 โทรศัพท์มือถือ : 081-7292854 โทรสาร : 042-711157 ต่อ 1001 E-mail : pari_pumpa@hotmail.com</p>
---	---

หมวด	๒.บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)					
แผนที่	๕.การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ					
โครงการหลัก	๒.โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคน ด้านสุขภาพและ อสม.					
ตัวชี้วัดที่ ๑๘	ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน					
คำนิยาม	<p>แกนนำสุขภาพ หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตามโควตา อสม. เชียงรุก</p> <p>มีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน หมายถึง อสม. สามารถดำเนินการประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด และสามารถจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐานให้แก่กลุ่มเป้าหมายหลักที่มุ่งเน้น ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และกลุ่มผู้สูงอายุ ประกอบด้วย</p> <p>(๑) ประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด</p> <p>(๒) ติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน</p> <p>(๓) คัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ๙ ด้าน</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย						
ชื่อตัวชี้วัด		เกณฑ์การประเมิน				
		๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละแกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ ๖๕		< ๕๐	๕๐ -๕๔	๕๕-๕๙	๖๐ - ๖๔	≥๖๕
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อยกระดับศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานและการรายงานผล</p> <p>๒. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนทุกช่วงวัยเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเอง</p>					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อสม. ที่ได้รับค่าป่วยการตามโควตา ในจังหวัดสกลนคร จำนวน ๒๒,๙๔๘ คน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	อสม. บันทึกข้อมูลผลงานในแอปพลิเคชัน Smart อสม.					
แหล่งข้อมูล	ฐานข้อมูล ๓ หมอรู้จักคุณ หรือ www.thaiphc.net					
รายการข้อมูล ๑	<p>A๑=ผลงาน อสม. ด้านการประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ)</p> <p>A๒=ผลงาน อสม. ด้านการติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (ร้อยละ)</p> <p>A๓=ผลงาน อสม. ด้านการคัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ร้อยละ)</p>					
รายการข้อมูล ๒	<p>B๑=ค่าน้ำหนักของผลงาน อสม. ที่ประเมินสุขภาพตนเองเบื้องต้นได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด (๔๐%)</p> <p>B๒=ค่าน้ำหนักของผลงาน อสม. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ให้ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (๓๐%)</p> <p>B๓=ค่าน้ำหนักของผลงาน อสม. คัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (๓๐%)</p>					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A๑ \times B๑) + (A๒ \times B๒) + (A๓ \times B๓)$					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					

รายละเอียดตัวชี้วัดรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๑. จัดทำแนวทางการดำเนินงานระดับอำเภอ	แกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการ	แกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ ๔๕	แกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ ๖๕		
๒. ชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	สุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ ๒๕				
วิธีการประเมินผล	๑. ประมวลผลและแสดงหน้ารายงานผลงาน อสม. ในระบบ ๓ หมอรู้จักคุณ https://ndoctor.hss.moph.go.th/ เว็บไซต์ www.thaiphc.net โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ๒. ติดตาม ประเมินผลโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสุ่มประเมินโดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
เอกสารสนับสนุน	๑. แอปพลิเคชัน Smart อสม. และฐานข้อมูล www.thaiphc.net ๒. แนวทาง/คู่มือการดำเนินงานฯ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	แกนนำสุขภาพมีศักยภาพในการจัดการสุขภาพตนเองและชุมชน ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ	-	-	-
	หมายเหตุ : เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ จึงไม่มีข้อมูลBaseline				
หน่วยงานที่รายงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ : นายมานิตย์ ไชยพะยวน ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ มือถือ : ๐๖๒-๓๙๖๓๔๖๒ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ชื่อ : นางนลินภัสร์ เอกสุภาพันธุ์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๑๓ มือถือ : ๐๙๔-๒๖๔๔๕๓๙ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				
	๒.ชื่อ : นางสาวจินณา สุวรรณ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๑๓ มือถือ : ๐๘๑-๗๑๗๕๗๐๔ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				

หมวด	๒.บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)					
แผนที่	๕.การพัฒนากระบวนการแพทย์ปฐมภูมิ					
โครงการหลัก	๒.โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคน ด้านสุขภาพและ อสม.					
ตัวชี้วัดที่ ๑๙	ร้อยละอสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล					
คำนิยาม	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน หมายถึง อสม. สามารถจัดบริการสาธารณสุขเบื้องต้นให้แก่ หญิงตั้งครรภ์ เด็กปฐมวัย (๐-๖ ปี) กลุ่มเสี่ยง/กลุ่มป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ และการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล หมายถึง แอปพลิเคชัน Smart อสม. เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน และการรายงานผล					
เกณฑ์เป้าหมาย						
	ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน				
		๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละอสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ ๖๕	< ๕๐	๕๐ -๕๔	๕๕-๕๙	๖๐ - ๖๔	≥๖๕
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อยกระดับศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำในการจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน โดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงานและการรายงานผล</p> <p>๒. เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ประชาชนทุกช่วงวัยเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิขั้นพื้นฐาน มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีศักยภาพและมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเอง</p>					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	อสม. ที่ได้รับค่าป่วยการตามโควตา ในจังหวัดสกลนคร จำนวน ๒๒,๙๔๘ คน					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานของ อสม. ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม.					
แหล่งข้อมูล	Dashboard Smart อสม. และ www.thaiphc.net					
รายการข้อมูล ๑	<p>A๑=ผลงาน อสม. ด้านการรายงานผลการปฏิบัติงาน ตามแบบ (อสม. ๑) ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม. (ร้อยละ)</p> <p>A๒=ผลงาน อสม. ด้านการติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (ร้อยละ)</p> <p>A๓=ผลงาน อสม. ด้านการคัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (ร้อยละ)</p>					
รายการข้อมูล ๒	<p>B๑=ค่าน้ำหนักของผลงาน อสม. ที่รายงานผลการปฏิบัติงาน ตามแบบ อสม. ๑ ผ่านแอปพลิเคชัน Smart อสม. (๔๐%)</p> <p>B๒=ค่าน้ำหนักของผลงาน อสม. ติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน (๓๐%)</p> <p>B๓=ค่าน้ำหนักของผลงาน อสม. คัดกรองภาวะถดถอยผู้สูงอายุ ๙ ด้าน (๓๐%)</p>					
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A๑ \times B๑) + (A๒ \times B๒) + (A๓ \times B๓)$					
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส					

เกณฑ์การประเมิน :					
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน		
๑.จัดทำแนวทางการดำเนินงานระดับจังหวัด ๒.ชี้แจงแนวทางสู่การปฏิบัติ	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ ๒๕	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ ๔๕	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ ๖๕		
วิธีการประเมินผล	๑. ประเมินข้อมูลรายงานใน Dashboard Smart อสม. โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบในพื้นที่ ๒. ติดตาม ประเมินผลโดยสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสุ่มประเมินโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๘ และกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ				
เอกสารสนับสนุน	๑. แอปพลิเคชัน Smart อสม. และฐานข้อมูล www.thaiphc.net ๒. แนวทาง/คู่มือการดำเนินงานฯ				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	อสม. มีศักยภาพในการจัดบริการปฐมภูมิขั้นพื้นฐานโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ร้อยละ ๖๕	ร้อยละ	-	-	-
หมายเหตุ : เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ จึงไม่มีข้อมูลBaseline					
หน่วยงานที่รายงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				
หน่วยงานรับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ : นายมานิตย์ ไชยพะยวน ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ มือถือ : ๐๖๒-๓๙๖๓๔๖๒ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑.ชื่อ : นางนลินภัสร์ เอกสุภาพันธุ์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๑๓ มือถือ : ๐๙๔-๒๖๔๔๕๓๙ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ๒.ชื่อ : นางสาวจินณา สุวรรณ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๑๓ มือถือ : ๐๘๑-๗๑๗๕๗๐๔ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร				

หมวด	๒. ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence)
แผนที่	๕. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคนด้านสุขภาพ และ อสม.
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดผลเป็นร้อยละ /คปสอ.(รพ. สสอ. วัดผลเป็นร้อยละ)
ตัวชี้วัดที่ ๒๐	ร้อยละของชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน
คำนิยาม	<p>ชุมชน หมายถึง พื้นที่ระดับตำบลโดยมีหลายหมู่บ้านรวมกัน ตามมาตรา ๒๙ แห่งพระราชบัญญัติ ลักษณะปกครองท้องที่ พุทธศักราช ๒๕๔๗</p> <p>ชุมชนเป้าหมาย หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนฯ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพฯ ซึ่งกำหนดเป้าหมายการดำเนินในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๑๒๕ตำบล</p> <p>การจัดการสุขภาพ หมายถึง ตำบลที่มีการดำเนินงานพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีตามประเด็นปัญหาสุขภาพของพื้นที่ ด้วยกระบวนการ TPAR ประกอบด้วย สร้างทีมงานและเครือข่ายความร่วมมือในชุมชน (Team) . มีแผนการดำเนินการสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ และการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี (Plan) ดำเนินการโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (Action) และมีการประเมินผล (Result) โดยใช้รูปแบบการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ขับเคลื่อนผ่านทีมเครือข่ายสุขภาพในชุมชน</p> <p>ทีมเครือข่ายสุขภาพ หมายถึง ทีมภาคีเครือข่ายที่ร่วมสนับสนุนและดำเนินการจัดการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย รพ.สต. อบต. โรงเรียน แกนนำสุขภาพ (อสม./ยุวอสม.) และเครือข่ายอื่นที่เกี่ยวข้อง</p>

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
ร้อยละ ๘๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐

เกณฑ์การประเมินชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพ : ตำบลมีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามกระบวนการ TPAR โดยมีหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแห่งชาติ ระดับพัฒนาขึ้นไปไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ ในตำบล

วัตถุประสงค์	เพื่อให้ชุมชนเป็นฐานในการขับเคลื่อนการจัดการสุขภาพของประชาชนในพื้นที่
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	กำหนดเป้าหมายดำเนินการในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ จำนวน ๑๒๕ ตำบล
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. การรายงานผลการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ๒. การประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ จากระบบ Health Gate
แหล่งข้อมูล	ระบบการประเมินการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนตำบลที่มีการดำเนินงานจัดการสุขภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนตำบลเป้าหมาย ๑๒๕ ตำบล
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100$

รายละเอียดตัวชี้วัดรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗

ระยะเวลาประเมินผล	รายงานเป็นรายไตรมาส																	
เกณฑ์การประเมิน :																		
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน														
	- แผนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ - แนวทางการขับเคลื่อนการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ - ทีมพี่เลี้ยงแกนนำเครือข่ายสุขภาพพระดัดจังหวัด จำนวน ๑ ทีม	- ทีมเครือข่ายแกนนำสุขภาพพระดัดตำบล - ส่งเสริม สนับสนุน ให้ชุมชนเป้าหมาย มีการดำเนินงานพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพในพื้นที่	ชุมชนจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๗๐	ชุมชนจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชนตามเกณฑ์ที่กำหนด ร้อยละ ๘๐														
วิธีการประเมินผล :	ประเมินโดยใช้แบบประเมินชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate																	
	เกณฑ์การให้คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕												
	ร้อยละ	< ๖๕	๖๕-๖๙	๗๐-๗๔	๗๕-๗๙	≥ ๘๐												
เอกสารสนับสนุน :	๑. แนวทางการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ ๒. หลักสูตรการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน ๓. ฐานข้อมูลจากระบบการพัฒนาชุมชนจัดการสุขภาพ Health Gate																	
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Baseline data</th> <th rowspan="2">หน่วยวัด</th> <th colspan="3">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <th>๒๕๖๔</th> <th>๒๕๖๕</th> <th>๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน</td> <td>ร้อยละ</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>๓๙.๒๐ (๔๙ ตำบลจากฐานตำบลทั้งหมด ๑๒๕ ตำบล)</td> </tr> </tbody> </table>					Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ	-	-	๓๙.๒๐ (๔๙ ตำบลจากฐานตำบลทั้งหมด ๑๒๕ ตำบล)
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖														
ร้อยละชุมชนมีการดำเนินการจัดการสุขภาพที่เหมาะสมกับประชาชน	ร้อยละ	-	-	๓๙.๒๐ (๔๙ ตำบลจากฐานตำบลทั้งหมด ๑๒๕ ตำบล)														
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด/ ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	๑. นายเอกวัต แพงทรัพย์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๑๑-๑๓๑๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๕๑๕๕ ๙๕๙๘ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : agawatps@gmail.com																	

หมวด	๒. บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)																					
แผนที่	๕. การพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิ																					
โครงการหลัก	๒. โครงการพัฒนาเครือข่ายกำลังคน ด้านสุขภาพและ อสม.																					
ตัวชี้วัดที่ ๒๑	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน (ระดับ ๕)																					
คำนิยาม	<p>ศูนย์ หมายถึง ศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>การพัฒนาศูนย์ หมายถึง การดำเนินงานเพื่อให้มีการบริหารจัดการและดำเนินงานด้านนวัตกรรม และการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>การจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง การรวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ ความรู้ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขมูลฐานที่มีอยู่ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)</p> <p>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง การดำเนินงานตามขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการ ในการจัดตั้งและพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้สุขภาพภาคประชาชน ตามเกณฑ์ ๕ ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ ๑ : มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>ระดับ ๒ : ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีแผนงาน โครงการ พัฒนาศูนย์ฯ และดำเนินงานตามแผนงาน โครงการที่กำหนด</p> <p>ระดับ ๓ : ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีการดำเนินการจัดการองค์ความรู้ นวัตกรรม</p> <p>ระดับ ๔ : ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีการรวบรวมและจัดทำบัญชีองค์ความรู้ นวัตกรรม</p> <p>ระดับ ๕ : ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีการเผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม เพื่อส่งเสริมการนำไปใช้ประโยชน์</p>																					
เกณฑ์เป้าหมาย	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">ชื่อตัวชี้วัด</th> <th colspan="5">เกณฑ์การประเมิน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน</td> <td>ระดับ ๑</td> <td>ระดับ ๒</td> <td>ระดับ ๓</td> <td>ระดับ ๔</td> <td>ระดับ ๕</td> </tr> </tbody> </table>					ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน					๑	๒	๓	๔	๕	ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕
ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน																					
	๑	๒	๓	๔	๕																	
ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	ระดับ ๑	ระดับ ๒	ระดับ ๓	ระดับ ๔	ระดับ ๕																	
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อจัดตั้งและพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>๒. เพื่อส่งเสริม สนับสนุน การจัดการองค์ความรู้ และนวัตกรรมในระดับพื้นที่</p>																					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงเรียน อสม. อำเภอละ ๑ แห่ง (จำนวน ๑๘ อำเภอ)																					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากการรายงานของเจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ที่ดำเนินการ																					
แหล่งข้อมูล	<p>๑. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ</p> <p>๒. โรงพยาบาลอำเภอ</p> <p>๓. เจ้าหน้าที่ในระดับพื้นที่ที่ดำเนินการ</p>																					

รายการข้อมูล ๑	ผลการดำเนินงานตามแบบรายงานผลการดำเนินงาน ตามระบบรายงานที่กำหนด
รายการข้อมูล ๒	-
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	-
ระยะเวลา ประเมินผล	รายไตรมาส

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
๑. จัดตั้งคณะทำงานจัดการความรู้และนวัตกรรมด้าน สุขศึกษาและสุขภาพภาค ประชาชน ๒. จัดทำโครงการพัฒนาศูนย นวัตกรรมและการจัดการ องค์กรความรู้ด้านสุขศึกษาและ สุขภาพภาคประชาชน	๑. พัฒนาศักยภาพ เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน ในการจัดการความรู้ด้าน สุขศึกษาและสุขภาพภาค ประชาชน ๒. รวบรวมผลงานความรู้ และนวัตกรรมด้าน สาธารณสุขมูลฐาน	๑. ดำเนินการจัดการ องค์กรความรู้และ นวัตกรรมสาธารณสุข มูลฐาน ๒. จัดทำบัญชีรายชื่อ องค์กรความรู้นวัตกรรม สาธารณสุขมูลฐาน	๑. เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม เพื่อส่งเสริม การนำไปใช้ประโยชน์ ๒. รายงานผลการ ดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไขปัญหา

วิธีการประเมินผล	๑. ประเมินตนเองตามแนวทางและแผนงานในการพัฒนาศูนยนวัตกรรมและการจัดการ องค์กรความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ๒. ประเมินผลโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
------------------	---

เอกสารสนับสนุน	แนวทางและแผนงานในการพัฒนาศูนยนวัตกรรมและการจัดการองค์กรความรู้ด้านสุขศึกษา และสุขภาพภาคประชาชน
----------------	--

รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
			-	-	-

หมายเหตุ : เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดใหม่ จึงไม่มีข้อมูลBaseline

หน่วยงานที่รายงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
-------------------	--

หน่วยงาน รับผิดชอบตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
-----------------------------	---

ผู้ให้ข้อมูลทาง วิชาการ/ผู้ ประสานงานตัวชี้วัด	ชื่อ : นายมานิตย์ ไชยพะยวน ตำแหน่ง : หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ มือถือ : ๐๖๒-๓๙๖๓๔๖๒ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนคร
--	--

ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	๑.ชื่อ : นางนลินภัทร์ เอกสุภาพันธุ์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญพิเศษ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๑๓ มือถือ : ๐๙๔-๒๖๔๔๕๓๙ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนคร ๒.ชื่อ : นางสาวจิณณา สุวรรณ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
---------------------------------------	---

	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๑๓ มือถือ : ๐๘๑-๗๑๗๕๗๐๔ สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนคร
--	--

เอกสารแนบท้าย

ความสำเร็จของการพัฒนาศูนย์นวัตกรรมและการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน หมายถึง การดำเนินงานตามขั้นตอน/กิจกรรม/กระบวนการ ในการจัดตั้งและพัฒนาศูนย์นวัตกรรม และการจัดการความรู้สุขภาพภาคประชาชน ตามเกณฑ์ ๕ ระดับ โดยมีแนวทางการประเมินในแต่ละระดับ ดังนี้

ระดับ ๑ : มีการแต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน

ระดับ ๒ : ผ่านเกณฑ์ระดับ ๑ และมีแผนงาน โครงการ พัฒนาศูนย์ฯ และดำเนินงานตามแผนงาน โครงการที่กำหนด

ระดับ ๓ : ผ่านเกณฑ์ระดับ ๒ และมีการดำเนินการจัดการองค์ความรู้ นวัตกรรม

ระดับ ๔ : ผ่านเกณฑ์ระดับ ๓ และมีการรวบรวมและจัดทำบัญชีองค์ความรู้ นวัตกรรม

ระดับ ๕ : ผ่านเกณฑ์ระดับ ๔ และมีการเผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม เพื่อส่งเสริมการนำไปใช้ ประโยชน์

ระดับ	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมิน	ระยะเวลาการประเมิน
๑	แต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	ไตรมาสที่ ๑
๒	๑. แต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ๒. จัดทำโครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรม และการจัดการองค์ความรู้ด้านสุขศึกษา และสุขภาพภาคประชาชน และดำเนินงานตามแผนงาน โครงการที่กำหนด	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ๒. มีแผนงาน โครงการที่ได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการหน่วยงาน	ไตรมาสที่ ๑
๓	๑. แต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ๒. จัดทำโครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรม และการจัดการองค์ความรู้ด้านสุขศึกษา และสุขภาพภาคประชาชน และดำเนินงานตามแผนงาน โครงการที่กำหนด ๓. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานในการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ๔. ดำเนินการจัดการองค์ความรู้และนวัตกรรมสาธารณสุขมูลฐาน	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน ๒. มีแผนงาน โครงการที่ได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการหน่วยงาน ๓. มีการสรุปผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	ไตรมาสที่ ๒
๔	๑. แต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน	ไตรมาสที่ ๓

ระดับ	กิจกรรม	เกณฑ์การประเมิน	ระยะเวลาการประเมิน
	<p>๒. จัดทำโครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรม และการจัดการองค์ความรู้ด้านสุขศึกษา และสุขภาพภาคประชาชน และดำเนินงาน ตามแผนงาน โครงการที่กำหนด</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานในการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและ สุขภาพภาคประชาชน</p> <p>๔. ดำเนินการจัดการองค์ความรู้และ นวัตกรรมสาธารณสุขมูลฐาน</p> <p>๕. รวบรวมผลงาน ความรู้และนวัตกรรม ด้านสาธารณสุขมูลฐาน</p> <p>๖. จัดทำบัญชีรายชื่อองค์ความรู้นวัตกรรม สาธารณสุขมูลฐาน</p>	<p>๒. มีแผนงาน โครงการที่ได้รับอนุมัติจาก ผู้อำนวยการหน่วยงาน</p> <p>๓. มีการสรุปผลการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการจัดการความรู้ด้านสุข ศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>๔. มีเอกสารหลักฐานผลงานการจัดการ องค์ความรู้</p> <p>๕. มีเอกสารหลักฐานในการรวบรวม ผลงานนวัตกรรมสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>๖. มีบัญชีรายชื่อผลงานความรู้และ นวัตกรรมด้านสาธารณสุขมูลฐาน เสนอ ผู้อำนวยการหน่วยงาน</p>	
๕	<p>๑. แต่งตั้งคณะทำงานจัดการความรู้ด้านสุข ศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>๒. จัดทำโครงการพัฒนาศูนย์นวัตกรรม และการจัดการองค์ความรู้ด้านสุขศึกษา และสุขภาพภาคประชาชน และดำเนินงาน ตามแผนงาน โครงการที่กำหนด</p> <p>๓. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ งานในการจัดการความรู้ด้านสุขศึกษาและ สุขภาพภาคประชาชน</p> <p>๔. ดำเนินการจัดการองค์ความรู้และ นวัตกรรมสาธารณสุขมูลฐาน</p> <p>๕. รวบรวมผลงาน ความรู้และนวัตกรรม ด้านสาธารณสุขมูลฐาน</p> <p>๖. จัดทำบัญชีรายชื่อองค์ความรู้นวัตกรรม สาธารณสุขมูลฐาน</p> <p>๗. เผยแพร่องค์ความรู้ นวัตกรรม เพื่อ ส่งเสริมการนำไปใช้ประโยชน์</p> <p>๘. รายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไข ปัญหา</p>	<p>๑. มีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานจัดการ ความรู้ด้านสุขศึกษาและสุขภาพภาค ประชาชน</p> <p>๒. มีแผนงาน โครงการที่ได้รับอนุมัติจาก ผู้อำนวยการหน่วยงาน</p> <p>๓. มีการสรุปผลการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรในการจัดการความรู้ด้านสุข ศึกษาและสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>๔. มีเอกสารหลักฐานผลงานการจัดการ องค์ความรู้</p> <p>๕. มีเอกสารหลักฐานในการรวบรวม ผลงานนวัตกรรมสุขภาพภาคประชาชน</p> <p>๖. มีบัญชีรายชื่อผลงานความรู้และ นวัตกรรมด้านสาธารณสุขมูลฐาน เสนอ ผู้อำนวยการหน่วยงาน</p> <p>๗. มีเอกสารหลักฐานในการเผยแพร่ หรือ นำนวัตกรรม ความรู้ผ่านช่องทางต่าง ๆ</p> <p>๘. สรุปรายงานผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะแนวทางการแก้ไข ปัญหาเสนอผู้บริหาร</p>	ไตรมาสที่ ๔

หมวด	๔.บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล			
แผนที่	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการหลัก	๒. พัฒนางองค์กรคุณภาพ			
ตัวชี้วัดที่ ๒๒	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์คะแนนตามเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ			
คำนิยาม	โรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ หมายถึง โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อสนับสนุนการจัดบริการภายในโรงพยาบาลลดขั้นตอน และอำนวยความสะดวกทั้งต่อผู้ให้และผู้รับบริการโดยเกณฑ์การประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะ ประกอบด้วย ๔ ด้าน			
	ด้านโครงสร้างพื้นฐาน	ด้านการบริหารจัดการ	ด้านการให้บริการ	ด้านธรรมาภิบาลข้อมูล
	<ul style="list-style-type: none"> จัดให้มี Data Center Server & Storage & Cloud Computer Network End point จัดให้มี Data center Server & Storage & Cloud Computer Network End point Hospital Information System (HIS) Communication Technology (Application/Line) ENTERPRISE RESOURCE PLANNING (ERP) Provider ID มีระบบยืนยันตัวตนผู้รับบริการต่างด้าวด้วย Biometric 	<ul style="list-style-type: none"> ส่งข้อมูลเข้า PHR กระทรวงสาธารณสุข Financial Management Payment สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลการส่งต่อผู้ป่วยด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ 	<ul style="list-style-type: none"> จุดให้บริการประชาชนสามารถบริการได้ด้วยตนเอง (Kiosk) แจ้งเตือนคิวออนไลน์ นัดหมายออนไลน์ OPD paperless IPD paperless มี vital sign ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูงดิจิทัล มีระบบ Telemedicine Home Service นวัตกรรมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่น Mobile Device, Internet of Things, Artificial Intelligence ฯลฯ เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยให้มีคุณภาพมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> ความปลอดภัยพื้นฐาน จัดเทคโนโลยีสำหรับการรักษาความมั่นคงปลอดภัยและคุ้มครองความลับข้อมูลส่วนบุคคลและการเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย แผนตอบโต้ด้านความปลอดภัยไซเบอร์ บุคคล และการเข้าถึง แอปพลิเคชันหรือ software พัฒนาเอง ธรรมาภิบาล จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพดิจิทัลระดับโรงพยาบาล จัดตั้งคณะกรรมการความปลอดภัยทางไซเบอร์ระดับโรงพยาบาล

<p>เกณฑ์ระดับเพชร หมายถึง เกณฑ์การให้คะแนนโรงพยาบาลที่มีคะแนนการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ รวมกันทั้ง ๔ ด้าน มีคะแนนรวมไม่น้อยกว่า ๙๐๐ คะแนน มี success story และมี demonstration เช่น การออกคิวออนไลน์ และผ่านเกณฑ์ The must ทุกข้อ</p> <p>เกณฑ์ระดับทอง หมายถึง เกณฑ์การให้คะแนนโรงพยาบาลที่มีคะแนนการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ รวมกันทั้ง ๔ ด้าน มีคะแนนรวมไม่น้อยกว่า ๘๐๐ คะแนน และผ่านเกณฑ์ The must ทุกข้อ</p> <p>เกณฑ์ระดับเงิน หมายถึง เกณฑ์การให้คะแนนโรงพยาบาลที่มีคะแนนการประเมินโรงพยาบาลอัจฉริยะต้นแบบ รวมกันทั้ง ๔ ด้าน มีคะแนนรวมไม่น้อยกว่า ๗๐๐ คะแนน</p> <p>เกณฑ์เป้าหมาย</p>							
ชื่อตัวชี้วัด		เกณฑ์การประเมิน					
		๑	๒	๓	๔	๕	
ระดับคะแนนตามเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ		< ๖๐๐	๖๐๐-๖๙๙	๗๐๐-๗๙๙ (ระดับเงิน)	๘๐๐-๘๙๙ (ระดับทอง)	>=๙๐๐ (ระดับเพชร)	
วัตถุประสงค์	พัฒนาโรงพยาบาลให้เป็นโรงพยาบาลอัจฉริยะ						
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน ๑๘ แห่ง						
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานจากโปรแกรมการพัฒนาโรงพยาบาลอัจฉริยะ						
แหล่งข้อมูล	๑. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สป.สธ. ๒. สำนักสุขภาพดิจิทัล สป.สธ. ๓. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สป.สธ.						
รายการข้อมูล ๑	ระดับการพัฒนาตามเกณฑ์โรงพยาบาลอัจฉริยะ						
รายการข้อมูล ๒							
สูตรคำนวณตัวชี้วัด							
ระยะเวลาประเมินผล	๑. ๑๐๐ วัน ๒. ติดตามความก้าวหน้าของผลการดำเนินงานทุกไตรมาส						
เกณฑ์การประเมิน :							
รอบ ๓ เดือน		รอบ ๖ เดือน		รอบ ๙ เดือน		รอบ ๑๒ เดือน	
ชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน และวางแผนการดำเนินงาน		ติดตามความก้าวหน้า		ติดตามความก้าวหน้า		สรุปผลการดำเนินงาน	
วิธีการประเมินผล	จากรายงานสรุปผลการดำเนินงานโรงพยาบาลอัจฉริยะ						
เอกสารสนับสนุน	๑. คู่มือ API Exchange Gateway ๒. แนวทางการขับเคลื่อนโรงพยาบาลอัจฉริยะ						
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.				
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖		
			-	-	-		

รายละเอียดตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

หน่วยงานที่รายงาน	โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยงานรับผิดชอบ ตัวชี้วัด	กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร งานเทคโนโลยีสารสนเทศ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด	
ผู้รับผิดชอบการรายงาน ผลการดำเนินงาน	<p>๑. นายมานิตย์ ไชยพะยวน หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒๗๑๑๑๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๖๒๓๙๖๓๔๖๒ โทรสาร : ๐๔๒๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐ E-mail : offside๔๔@hotmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>๒. นายคมสันต์ รักษาแสง หัวหน้างานเทคโนโลยีสารสนเทศ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐๔๒๗๑๑๑๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๘๖๔๕๒๓๓๑๒ โทรสาร : ๐๔๒๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : dward.net@gmail.com สถานที่ทำงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>

หมวด	๔. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)									
แผนที่	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ									
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ									
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดร้อยละความสำเร็จ / สสอ.วัดวัดร้อยละความสำเร็จ									
ตัวชี้วัดที่ ๒๓	ร้อยละความสำเร็จของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ผ่านการประเมินตามเกณฑ์ที่กำหนดวัดร้อยละความสำเร็จ									
คำนิยาม	<p>ส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง ส่วนราชการตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน ๑ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๑๘ แห่ง <p>การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หมายถึง การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ.๒๕๖๒ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) ประกอบด้วย ๑) ลักษณะสำคัญขององค์กร ๒) เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ๗ หมวด คือ หมวด ๑ การนำองค์กร หมวด ๒ การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ หมวด ๓ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมวด ๔ การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ หมวด ๕ บุคลากร หมวด ๖ การปฏิบัติการ และหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการ โดยส่วนราชการดำเนินการในปี ๒๕๖๖- ๒๕๗๐ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> จัดทำลักษณะสำคัญขององค์กร จำนวน ๑๓ ข้อคำถาม และทบทวนทุกปี ให้ส่วนราชการดำเนินการตามลำดับในหมวดที่โดดเด่น แต่ละปีดังนี้ <table border="1" data-bbox="628 1223 1311 1543"> <thead> <tr> <th>พ.ศ.</th> <th>หมวดที่โดดเด่น</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>๒๕๖๖</td> <td>หมวด ๒ และเลือก ๑ หมวด</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๗</td> <td rowspan="4">หน่วยเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ ๑ หมวด (ในหมวด ๑,๓,๔,๕,๖)</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๘</td> </tr> <tr> <td>๒๕๖๙</td> </tr> <tr> <td>๒๕๗๐</td> </tr> </tbody> </table> ดำเนินการประเมินองค์กรด้วยตนเอง(Self-Assessment) หมวด ๑- ๖ หาโอกาสในการปรับปรุง (Opportunity For Improvement: OFI) กำหนดตัวชี้วัดหมวด ๗ ผลลัพธ์การดำเนินการตามหัวข้อ ๗.๑-๗.๖ จำนวน ๖ หัวข้อครบ ๑๘ ข้อ โดยเพิ่มตัวชี้วัดในหมวดที่ดำเนินการตามหัวข้อเป็นหัวข้อละ ๒ ตัวชี้วัดรวม ๓๖ ตัวชี้วัด ซึ่งต้องสอดคล้องกับหมวดที่เลือกดำเนินการ รายงานความก้าวหน้าผลลัพธ์ตัวชี้วัด รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน ให้กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในระยะเวลาที่กำหนด จัดทำรายงาน ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ที่โดดเด่นในหมวดที่ดำเนินการ(PMQA) 	พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น	๒๕๖๖	หมวด ๒ และเลือก ๑ หมวด	๒๕๖๗	หน่วยเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ ๑ หมวด (ในหมวด ๑,๓,๔,๕,๖)	๒๕๖๘	๒๕๖๙	๒๕๗๐
พ.ศ.	หมวดที่โดดเด่น									
๒๕๖๖	หมวด ๒ และเลือก ๑ หมวด									
๒๕๖๗	หน่วยเลือกดำเนินการตามหมวดที่พร้อม ปีละ ๑ หมวด (ในหมวด ๑,๓,๔,๕,๖)									
๒๕๖๘										
๒๕๖๙										
๒๕๗๐										

	<p>ทั้งนี้ กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้เห็นถึงความสำคัญของการพัฒนาองค์การ โดยสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับพื้นฐาน (Certified FL) ครบทุกหน่วยงานแล้ว และจะสนับสนุนให้หน่วยงานดำเนินการพัฒนาสู่ความโดดเด่นรายหมวด ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) พ.ศ.๒๕๖๒ โดยมีขั้นตอนการพัฒนาไปสู่กระบวนการที่สมบูรณ์ประกอบด้วย</p> <p>๑) การตั้งรับปัญหา (๐-๒๕%) การปฏิบัติการต่างๆ ที่มีลักษณะเป็นกิจกรรมมากกว่าเป็นกระบวนการ และส่วนสำคัญจะตอบสนองความต้องการหรือแก้ปัญหาเฉพาะหน้าขาดการกำหนดเป้าประสงค์ที่ดี</p> <p>๒) แนวทางที่เริ่มเป็นระบบ (๓๐-๔๕%) ส่วนราชการเพิ่งเริ่มต้นการปฏิบัติการต่างๆ ด้วยการใช้กระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้ มีการประเมินผล มีการปรับปรุง และเริ่มมีการประสานงานบ้างระหว่างหน่วยงานต่างๆในส่วนราชการ มีการกำหนดยุทธศาสตร์และเป้าประสงค์เชิงปริมาณ</p> <p>๓) แนวทางสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน (๕๐-๖๕%) การปฏิบัติการมีลักษณะเป็นกระบวนการที่สามารถทำซ้ำได้และมีการประเมินอย่างสม่ำเสมอเพื่อการปรับปรุง โดยมีการแบ่งปันการเรียนรู้และมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆภายในส่วนราชการ กระบวนการตอบสนองยุทธศาสตร์ และเป้าประสงค์สำคัญของส่วนราชการ ซึ่งเป็นเป้าหมายที่กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร กำหนดเป็นเกณฑ์การประเมินดังกล่าว และจะมีผู้ตรวจประเมิน ดำเนินการติดตามผลการดำเนินงานตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ให้ส่วนราชการ เพื่อแสดงผลการรับรองการดำเนินงาน (Certificate) ตามผลการดำเนินงานของหมวดที่ดำเนินการในแต่ละปี</p>
--	---

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๖	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐

วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อยกระดับคุณภาพการปฏิบัติงานของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. ๒๕๔๖</p> <p>๒. เพื่อนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การและเป็นบรรทัดฐานการติดตามประเมินผลของส่วนราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ๑ แห่ง</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสกลนคร ๑๘ แห่ง</p>
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	จากรายงานผลการประเมินของกลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
แหล่งข้อมูล	<p>๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ๑ แห่ง</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในจังหวัดสกลนคร ๑๘ แห่ง</p>

รายการข้อมูล ๑	A๑ = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด A๒ = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐผ่านเกณฑ์ที่กำหนด				
รายการข้อมูล ๒	B๑ = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด B๒ = จำนวนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (๑๘ แห่ง)				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด = $(A๑/B๑) \times ๑๐๐$ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ = $(A๒/B๒) \times ๑๐๐$				
ระยะเวลาประเมินผล	รายไตรมาส				
เกณฑ์การประเมิน :ปี ๒๕๖๗:					
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน	
	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	ร้อยละ ๑๐๐	
เอกสารสนับสนุน :	เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๒ สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.opdc.go.th/				
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงาน ในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.		
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	๑๐๐ (๑ แห่ง)	๑๐๐ (๑ แห่ง)	๑๐๐ (๑ แห่ง)
ร้อยละความสำเร็จของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอที่ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด	ร้อยละ	๑๐๐ (๑๘ แห่ง)	๑๐๐ (๑๘ แห่ง)	๑๐๐ (๑๘ แห่ง)	
ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัดจังหวัด สกลนคร	นางอุบล ณิชชาชัยกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการโทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๑๑-๑๓๑๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒-๙๙๔๙๗๘๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail :ubon๒๔๙๙@outlook.com				
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานจังหวัด สกลนคร	นางอุบล ณิชชาชัยกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ โทรศัพท์ที่ทำงาน :๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๓๑๑-๑๓๑๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘๒-๙๙๔๙๗๘๗ โทรสาร : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail :ubon๒๔๙๙@outlook.com				

หมวด	๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)	
แผนที่	๔. การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
โครงการที่	๑. โครงการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม	
ระดับการแสดงผล	จังหวัด/รพ.	
ตัวชี้วัดที่ ๒๔	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)	
คำนิยาม	โรงพยาบาลที่พัฒนานามัยสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ. สังกัดกรมวิชาการ) ดำเนินงานตามเกณฑ์ดังนี้	
	ระดับมาตรฐาน (Standard) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๓ ได้ตามเงื่อนไข (คะแนน ๘๐% ขึ้นไป)	
	หมวด CLEAN สร้างกระบวนการพัฒนา	๑. มีการกำหนดนโยบาย จัดทำแผนการขับเคลื่อน พัฒนา ศักยภาพ และสร้างกระบวนการสื่อสารให้เกิดการพัฒนา ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม GREEN & CLEAN Hospital อย่างมีส่วนร่วมของคนในองค์กร
	หมวด G: Garbage การจัดการมูลฝอย ทุกประเภท	๒. มีการบริหารจัดการมูลฝอยทั่วไปอย่างถูกสุขลักษณะ และเป็นไปตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการมูลฝอยทั่วไป ๒๕๖๐ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		๓. มีการจัดการมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายอย่างถูกสุขลักษณะเป็นไปตามกฎกระทรวงมูลฝอยที่เป็นพิษหรืออันตรายจากชุมชน พ.ศ. ๒๕๖๓ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
		๔. มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้ออย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. ๒๕๔๕
หมวด R: Restroom การพัฒนาสิ่งแวดล้อมตาม มาตรฐานสิ่งแวดล้อม ไทย (HAS) และ การจัดการสิ่งปฏิกูล	๕. มีการพัฒนาสิ่งแวดล้อมตามมาตรฐานสิ่งแวดล้อมไทย (HAS) ที่อาคารผู้ป่วยนอก (OPD) และอาคารผู้ป่วยใน (IPD)	
	๖. มีการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกสุขลักษณะตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. ๒๕๖๑ และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	
หมวด E: Energy การจัดการด้านพลังงาน และทรัพยากร	๗. มีการกำหนดนโยบายและมาตรการประหยัดพลังงานที่เป็นปัจจุบันและเป็นรูปธรรมเกิดประสิทธิภาพในการลดใช้พลังงานและมีการปฏิบัติตามมาตรการที่กำหนดร่วมกันทั้งองค์กร	

รายละเอียดตัวชี้วัดการคุ้มครองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

หมวด E: Environment การจัดการสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล	๘. มีการจัดสิ่งแวดล้อมทั่วไปทั้งภายในและภายนอกอาคารโดยเพิ่มพื้นที่สีเขียวและพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลายสอดคล้องกับชีวิตและวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วยรวมทั้งผู้มารับบริการ
	๙. มีกิจกรรมส่งเสริม GREEN และกิจกรรมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดีแบบองค์รวม ได้แก่ กิจกรรมส่งเสริมสุขอนามัย กิจกรรมการแพร่ระบาดของโรค กิจกรรมทางกาย (Physical activity) กิจกรรมให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ครอบครัวยุติการของผู้ป่วยและญาติ
หมวด N: Nutrition การจัดการสุขาภิบาลอาหารการจัดการน้ำอุปโภคบริโภค และการดำเนินงานอาหารปลอดภัยในโรงพยาบาล	๑๐. สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาลอาหาร ๑๑. ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ (๔ หมวด) และมีการเฝ้าระวังทางสุขาภิบาล ๑๒. จัดให้มีบริการน้ำอุปโภค/บริโภคสะอาดที่อาคารผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ๑๓. โรงพยาบาลมีการดำเนินงานนโยบายโรงพยาบาลปลอดภัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่(ตามคู่มือมาตรฐานโรงพยาบาลอาหารปลอดภัย Food Safety Hospital)
ระดับดีเยี่ยม (Excellent) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด (คะแนน ๙๐% ขึ้นไป)	
	๑๔. มีการส่งเสริมให้เกิดนวัตกรรม GREEN โดยนำไปใช้ประโยชน์และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลและชุมชน
	๑๕. สร้างเครือข่ายการพัฒนา GREEN ลงสู่ชุมชนเพื่อให้เกิด GREEN Community
ระดับท้าทาย (Challenge) หมายถึง โรงพยาบาลสามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ข้อที่ ๑-๑๕ ได้ตามเงื่อนไขที่กำหนด และพัฒนาได้ตามประเด็นท้าทาย เลือกจำนวน ๑ ด้าน	
๑. การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับโรงพยาบาล (ระดับดีขึ้นไป) ๒. การพัฒนาโรงพยาบาลคาร์บอนต่ำและเท่าทันการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ (Low Carbon and Climate Resilient Health Care) ๓. การจัดการพลังงานอย่างมีประสิทธิภาพ ๔. การจัดการของเสียทางการแพทย์ (Medical Waste Management)	

เกณฑ์เป้าหมาย : โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์พัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge (ระดับมาตรฐานขึ้นไป)					
ตัวชี้วัด	เกณฑ์ประเมิน				
	๑	๒	๓	๔	๕
โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge	ระดับมาตรฐาน		ระดับดีเยี่ยม		ระดับท้าทาย
วัตถุประสงค์	เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการสาธารณสุขมีการพัฒนามาตรฐานสิ่งแวดล้อมได้ตามเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge				
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ. รพท. รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)				
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<p>๑. โรงพยาบาลประเมินตนเองและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมประเมิน GREEN & CLEAN Hospital (https://gch.anamai.moph.go.th/backend/backend/auth/signin) และยืนยันข้อมูลเพื่อขอรับการประเมินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด</p> <p>๒. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประเมินโรงพยาบาล และบันทึกข้อมูลผลการประเมินในโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital ยืนยันผลการประเมินไปยังศูนย์อนามัย</p> <p>๓. ศูนย์อนามัยสุ่มประเมินโรงพยาบาลและบันทึกข้อมูลรวมถึงอนุมัติผลการประเมิน ยืนยันผลผ่านโปรแกรมการประเมิน GREEN & CLEAN Hospital มาয়งสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย</p> <p>๔. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย ดึงข้อมูลจากโปรแกรมการประเมิน เพื่อรายงานผลเดือนละ ๑ ครั้ง ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน และดึงข้อมูลรายงานผ่านระบบ Health KPI ไตรมาสละ ๑ ครั้ง</p>				
แหล่งข้อมูล	โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (รพศ./รพท./รพช. และ รพ.สังกัดกรมวิชาการ)				
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป				
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด				
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$(A/B) \times 100 =$ ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ดำเนินกิจกรรม GREEN & CLEAN Hospital Challenge ผ่านเกณฑ์ระดับมาตรฐานขึ้นไป				
ระยะเวลาประเมินผล	<ul style="list-style-type: none"> รายงานผลการดำเนินงาน เดือนละ ๑ ครั้ง (ทุกวันที่ ๒๕ ของเดือน) รายงานผลการดำเนินงานตาม Small Success รายไตรมาส รอบ ๓, ๙, ๖ และ ๑๒ เดือน 				

รายละเอียดตัวชี้วัดคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

เกณฑ์การประเมิน :							
รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน				
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนครมีแผนในการขับเคลื่อน และประเมินโรงพยาบาล GREEN & CLEAN Hospital Challenge (GCHC)	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๔๘	โรงพยาบาลผ่าน เกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๕๗	โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge ระดับมาตรฐานขึ้นไป ร้อยละ ๖๐				
รายละเอียดข้อมูล พื้นฐาน	Baseline data โรงพยาบาลผ่านเกณฑ์ GREEN & CLEAN Hospital Challenge			หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบ ปีงบประมาณ พ.ศ.		
	ระดับมาตรฐาน			ร้อยละ	๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖
	ระดับดีเยี่ยม			ร้อยละ		๕.๕๖	๑๑.๑๑
	ระดับทำหาย			ร้อยละ		๑๖.๖๗	๓๓.๓๓
	ระดับมาตรฐานขึ้นไป			ร้อยละ		๒๒.๒๓	๔๔.๔๔
ผู้รับผิดชอบการ รายงานผลการ ดำเนินงาน	๑. นางจรรยา เครือคำ		หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗		โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๔๔๗๙ ๐๙๖๖				
	โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๑๒		E-mail : env.occ๑๕๑๑@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการ ดำเนินงาน	๒. นางสาวกัญญา ฉายแมน		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗		โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๘๕๕๑ ๗๐๑๕				
	โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๑๒		E-mail : env.occ๑๕๑๑@gmail.com				
ผู้รับผิดชอบการ ดำเนินงาน	๓. นางสาวไอรดา ไชโยธา		นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ				
	โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗		โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๑๖๙๕ ๗๙๖๖				
	โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๑๒		E-mail : irada.kade@gmail.com				
กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร							

หมวด	๑. ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence)					
แผนที่	๓. การป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ					
โครงการที่	๓. โครงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและบริการสุขภาพ					
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดร้อยละ / คปสอ.(รพ. สสอ. วัดร้อยละ)					
ตัวชี้วัดที่ ๒๕	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด					
คำนิยาม	<p>สถานที่จำหน่ายอาหาร หมายถึง สถานที่จำหน่ายอาหาร ตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๓๕ และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุขลักษณะของสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ ประกอบด้วย ๓ องค์ประกอบดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. อาคาร สถานที่ หรือบริเวณใด ๆ ที่มีใช้หรือทางสาธารณะ และมีใช้การขายของในตลาด ๒. ที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหารหรือปรุงอาหารจนสำเร็จ ๓. มีการจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเป็นการจำหน่าย โดยจัดให้มีบริเวณไว้สำหรับการบริโภค ณ ที่นั้น หรือ นำไปบริโภคที่อื่น <p>โดยเกณฑ์มาตรฐานที่ดำเนินการได้ ดังนี้</p> <p>มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารตามกฎกระทรวงสุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๔ หมวด ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. สุขลักษณะสถานที่จำหน่ายอาหาร ๒. สุขลักษณะของอาหาร กรรมวิธีการทำประกอบหรือปรุง การเก็บรักษาและการจำหน่ายอาหาร ๓. สุขลักษณะภาชนะและอุปกรณ์เครื่องใช้อื่นๆ ๔. สุขลักษณะส่วนบุคคลของผู้ประกอบกิจการและผู้สัมผัสอาหาร <p>และการตรวจด้านชีวภาพตามมาตรฐานที่กำหนด</p>					
เกณฑ์เป้าหมาย :	ร้อยละสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนดร้อยละ ๔๐					
	คะแนน	๑	๒	๓	๔	๕
	ร้อยละ	๐-๑๙	๒๐-๒๙	๓๐-๓๙	๔๐-๔๙	๕๐ ขึ้นไป
วัตถุประสงค์	เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพอาหารที่มีความต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ รวมถึงมีสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐาน สะอาด ปลอดภัยให้บริการในพื้นที่และเป็นไปตามกฎหมายที่กำหนด					
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานที่จำหน่ายอาหาร ๑๘ อำเภอในจังหวัดสกลนคร					
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ๑. สืบค้นจำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่จัดแจ้งและขออนุญาตกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ใช้ฐานข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร) ๒. โรงพยาบาล/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ จัดส่งรายงานผลการดำเนินงานสถานที่จำหน่ายที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายผ่านโปรแกรม Foodhandler 					
แหล่งข้อมูล	<ol style="list-style-type: none"> ๑. ฐานข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งและการสำรวจข้อมูลโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ๒. ฐานข้อมูลจากโปรแกรม foodhandler กองสุขภาพอาหารและน้ำ กรมอนามัย 					
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามกฎหมายกำหนด					
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนสถานที่จำหน่ายอาหารที่จัดแจ้งและขออนุญาตกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					

รายละเอียดตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	=(A*๑๐๐)/B			
ระยะเวลาประเมินผล	ประเมินผลรอบ ๙ เดือน (ไตรมาส ๓)			
วิธีการประเมินผล :	<p>สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐานตามกฎหมายไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๔๐</p> <p>๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสำรวจฐานข้อมูลสถานที่จำหน่ายอาหาร</p> <p>๒. โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประสานและวางแผนขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารตามเกณฑ์ตัวชี้วัดร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ และรายงานตามแบบฟอร์มที่กำหนด</p> <p>๓. ประเมินผลการดำเนินงานร้านอาหารผ่านเกณฑ์ตามกฎหมายกำหนดผ่านโปรแกรม foodhandler</p>			
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๓-๒๕๖๖	
			๒๕๖๔	๒๕๖๕
	สถานที่จำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์ตามที่กฎหมายกำหนด	ร้อยละ	-	๓.๗๕
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นางจริยา เครือคำ หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๔๔๗๙ ๐๙๖๖ โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๑๒ E-mail : env.occ๑๕๑๑@gmail.com</p> <p>๒. นางสาวกฤษณา ฉายแมน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๘ ๘๕๕๑ ๗๐๑๕ โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๑๒ E-mail : env.occ๑๕๑๑@gmail.com</p> <p>๓. นางสาวไอรดา ไชโยธา นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๑๖๙๕ ๗๙๖๖ โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๕๑๒ E-mail : irada.kade@gmail.com</p>			

หมวด	๔. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)			
แผนที่	๑๑. การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ			
โครงการที่	๒. โครงการพัฒนาองค์กรคุณภาพ			
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดร้อยละของรพ.ที่ผ่านเกณฑ์ / รพ.วัดการผ่านเกณฑ์ตามข้อกำหนด			
ตัวชี้วัดที่ ๒๖	<p>สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คะแนนการประเมินตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service)</p> <p>๑ สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์คะแนนการประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>๑.๑ สถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์คะแนนการประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>๑.๒ สถานบริการ ระดับ รพช. ผ่านเกณฑ์คะแนนการประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)</p> <p>๒ สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์คะแนนการประเมินขั้นสูง (The best)</p> <p>๒.๑ สถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์คะแนนการประเมินฯ ขั้นสูง (The best)</p> <p>๒.๒ สถานบริการ ระดับ รพช. ผ่านเกณฑ์คะแนนการประเมินฯ ขั้นสูง (The best)</p>			
คำนิยาม	<p>การพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS (Environment, Modernization and Smart Service) คือ การพัฒนาให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนต่อการจัดบริการรูปแบบใหม่ให้ครอบคลุมในทุกมิติสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมที่มีความทันสมัยมาปรับปรุงโครงสร้าง การจัดการรูปแบบใหม่ที่มีความปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ มีความสะดวกสบายในการเข้ารับบริการ ลดขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยลดภาระงานของผู้ปฏิบัติงาน และสร้างความเชื่อมั่นให้กับประชาชน ทั้ง ๓ ด้าน</p> <p>๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment) : การพัฒนาและปรับปรุงสถานบริการทั้งภายใน และภายนอก ภายใต้การบริหารจัดการที่คำนึงถึงความปลอดภัย ได้มาตรฐาน เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม และสร้างความสะดวกสบายให้กับผู้รับบริการ</p> <p>๒. ความทันสมัย (Modernize) : การนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพ เพิ่มความสะดวก รวดเร็วให้กับผู้มารับบริการ รวมทั้งเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ ผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ</p> <p>๓. บริการอย่างมืออาชีพ (Smart Service) : การให้บริการแก่ผู้รับบริการอย่างมืออาชีพ มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน มุ่งมั่นในการให้บริการ ลดข้อจำกัด เรื่องขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน และเพิ่มความปลอดภัย ให้ผู้รับบริการ สร้างความพึงพอใจและความรู้สึกพิเศษให้กับผู้รับบริการ</p>			
เกณฑ์เป้าหมาย : ระดับจังหวัด				
๑. ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)				
รายการ	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
รพศ./รพท.	๘๐ (๒ แห่ง)	๘๕ (๓ แห่ง)	๙๐ (๓ แห่ง)	๙๕ (๓ แห่ง)

รพช.	๘๐ (๑๒ แห่ง)	๘๕ (๑๓ แห่ง)	๙๐ (๑๔ แห่ง)	๙๕ (๑๕ แห่ง)
------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------

๒. ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)

รายการ	ปีงบประมาณ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
รพศ./รพท.	๓๐ (๑ แห่ง)	๔๐ (๑ แห่ง)	๕๐ (๒ แห่ง)	๖๐ (๒ แห่ง)
รพช.	๑๐ (๒ แห่ง)	๑๕ (๒ แห่ง)	๒๐ (๓ แห่ง)	๒๕ (๔ แห่ง)

เกณฑ์เป้าหมาย :

ชื่อตัวชี้วัด	เกณฑ์การประเมิน				
	๑	๒	๓	๔	๕
ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must)	≤๔๙	๕๐-๕๙	๖๐-๖๙	๗๐ - ๗๙	≥๘๐
ร้อยละของสถานบริการ รพศ./รพท. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	๐	๑ - ๙	๑๑ - ๑๙	๒๑ - ๒๙	≥๓๐
ร้อยละของสถานบริการ รพช. สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best)	๐	๑ - ๓	๔ - ๖	๗ - ๙	≥๑๐

วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการให้บริการ มีความสะอาด ปลอดภัย ทันสมัยทั้งทางด้านโครงสร้าง และระบบการบริหารจัดการเพื่อสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	สถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร จำนวน ๑๘ แห่ง แบ่งเป็น - กลุ่มระดับ รพศ./รพท จำนวน ๓ แห่ง - กลุ่มระดับ รพช. จำนวน ๑๕ แห่ง
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเป็นผู้ประเมินสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) และบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลภายในระยะเวลาที่กำหนด ๒. สำนักงานเขตสุขภาพเป็นผู้ประเมิน สถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) และบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลภายในระยะเวลาที่กำหนด ๓. กองบริหารการสาธารณสุข ตรวจสอบข้อมูล จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตสุขภาพ และวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในภาพรวม

แหล่งข้อมูล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๘ และ แบบรายงานผลการพัฒนาสถานบริการ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS
รายการข้อมูล ๑	A๑ = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) A๒ = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) A๓ = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) A๔ = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best)
รายการข้อมูล ๒	B๑ = สถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ระดับ รพศ./รพท. จำนวน ๓ แห่ง B๒ = สถานบริการ สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ระดับ รพช. จำนวน ๑๕ แห่ง B๓ = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพศ./รพท. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) B๔ = จำนวนสถานบริการ ระดับ รพช. ที่ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must)
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๔๙.๑ ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) ระดับ รพศ./รพท. (The must) = (A๑/B๑) x ๑๐๐ ระดับ รพช. (The must) = (A๒/B๒) x ๑๐๐ ๔๙.๒ ร้อยละของสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นสูง (The best) ระดับ รพศ./รพท. (The best) = (A๓/B๓) x ๑๐๐ ระดับ รพช. (The best) = (A๔/B๔) x ๑๐๐
ระยะเวลาประเมินผล	รอบ ๓, ๖, ๙ และ ๑๒ เดือน

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒เดือน
- แนวทางการพัฒนาสถานบริการตามนโยบาย EMS ฉบับปรับปรุง ปีงบประมาณ ๒๕๖๗	- สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ - สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ระดับ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๑๐ - สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ระดับ	- สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๖๐	- สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ในแต่ละกลุ่มผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นพื้นฐาน (The must) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐ - สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ระดับ รพศ./รพท. ผ่านเกณฑ์การประเมินฯ ขั้นสูง (The best) ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ - สถานบริการ มีการพัฒนาตามนโยบาย EMS ระดับ

เอกสารชี้แจงและคำอธิบายเกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS

(Environment, Modernization and Smart Service)

๑. ขั้นพื้นฐาน (The must) แบ่งเป็น ๓ ด้าน	๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment)	จำนวน ๖ ข้อ
	๒. ความทันสมัย (Modernization)	จำนวน ๔ ข้อ
	๓. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service)	จำนวน ๕ ข้อ
	คะแนนเต็ม	๓๐ คะแนน
๒. ขั้นสูง (The best) แบ่งเป็น ๓ ด้าน	๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment)	จำนวน ๕ ข้อ
	๒. ความทันสมัย (Modernization)	จำนวน ๔ ข้อ
	๓. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service)	จำนวน ๔ ข้อ
	คะแนนเต็ม	๒๖ คะแนน

การผ่านเกณฑ์การประเมิน

๑. ขั้นพื้นฐาน (The must)

มีผลคะแนนรวมการประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐

(ตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบายEMS ในระดับขั้นพื้นฐาน (The must))

* ประเมินในระดับสถานบริการฯ โดย สถานบริการฯ ประเมินตนเอง

๒. ขั้นสูง (The best)

๑. ต้องผ่านเกณฑ์การประเมินขั้นพื้นฐาน (The must) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๗๐

๒. มีผลคะแนนรวมการประเมินขั้นสูง (The best) มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ ๘๐

(ตามเกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบายEMS ในระดับขั้นสูง (The best))

* ประเมินในระดับจังหวัด/เขตสุขภาพ

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ในระดับขั้นพื้นฐาน (The must)

แนวทางการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน			หมายเหตุ	หมายเหตุ
		๒	๑	๐		
๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment)						
E๑: ภูมิทัศน์ (Land scape)	๑. ภูมิทัศน์ภายนอกสวยงาม มีการจัดการสิ่งแวดล้อมทั่วไป สวยงาม สะอาด และปลอดภัย โดยมีพื้นที่สีเขียว				๒ = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ ๑ = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ - ๖๙ ๐ = ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐	โดยพิจารณาจาก ๑. เกณฑ์การประเมินที่กำหนด (เอกสารแนบ ๑)
E๒: พื้นที่รอคอย (Waiting area)	๑. พื้นที่ภายในสวยงาม สะอาด และปลอดภัย ผู้รับบริการมีที่นั่งรอรับบริการเพียงพอ				๒ = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ ๑ = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ - ๖๙ ๐ = ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐	โดยพิจารณาจาก ๑. เกณฑ์การประเมินที่กำหนด (เอกสารแนบ ๒)
E๓: ห้องน้ำ (Rest room)	๑. ห้องน้ำ/ส้วมมาตรฐาน สะอาด เพียงพอ และปลอดภัย				๒ = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๗๐ ๑ = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ - ๖๙ ๐ = ต่ำกว่าร้อยละ ๕๐	โดยพิจารณาจาก ๑. เกณฑ์การประเมินที่กำหนด (เอกสารแนบ ๓)
E๔: คุณภาพอากาศ (Air quality)	๑. มีการคัดกรองโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของคนไข้ และญาติ				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ๒. สถานบริการมีนโยบายและแนวปฏิบัติ ด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ
E๕: แสง สี เสียง กลิ่น พลังงาน (Light, color, Sound, Smell, Energy)	๑. แสง สี เสียงและกลิ่นไม่ส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีการควบคุมกำกับแสง สี เสียงและกลิ่นอย่างเหมาะสมกับการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย
	๒. การใช้พลังงานอย่างประหยัด				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีการติดตาม และควบคุมกำกับการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ในระดับขั้นพื้นฐาน (The must)

แนวทางการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน			หมายเหตุ	หมายเหตุ
		๒	๑	๐		
๒. ด้านความทันสมัย (Modernization)						
M๑: ระบบ (system)	๑. ระบบบริหารจัดการลระยะเวลารอคอยในทุกจุดของบริการ				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๔ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ - ๓ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมินหรือเป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ	โดยพิจารณาจาก ๑. มีระบบบริหารจัดการการนัดหมายผู้ป่วย เช่น การนัดหมายเหลือมเวลา ๒. จัดระบบคิวการรอตรวจ และมีการกำหนดช่วงเวลาที่จะได้รับการตรวจ ๓. ระบบบริหารจัดการเตียงผู้ป่วยในที่ไม่เกิดความแออัด ๔. จัดบริการส่งต่อ - ส่งกลับ และนัดหมายอย่างเป็นรูปธรรม
M๒: การขนส่ง (logistic)	๑. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยภายในสถานบริการอย่างถูกต้องและปลอดภัยตามหลัก ๒ P Safety				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มี CPG/ผังการปฏิบัติงาน ๒. รายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง ระดับ G,H,I = ๐
	๒. ระบบการขนส่ง วัสดุ อุปกรณ์ ยา เวชภัณฑ์ และสิ่งส่งตรวจภายในโรงพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีช่องทางการขนส่งที่สามารถส่งได้ทุกสภาพอากาศ เช่น มีหลังคาคลุมทุกทางเชื่อมระหว่างตึก
M๓ : เทคโนโลยี (technology)	๑. การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในด้านข้อมูล				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีระบบป้องกัน DATA security ๒. มีการส่งต่อข้อมูล ระหว่างสถานบริการภายในจังหวัดโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบายEMS ในระดับขั้นพื้นฐาน (The must)

แนวทางการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน			หมายเหตุ	หมายเหตุ
		๒	๑	๐		
๓. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service)						
S๑: ภาพลักษณ์บุคลากร (Personal image)	๑. แต่งกายถูกต้องตามระเบียบตามแนวทางของสถานบริการ				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๓ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	- สัญลักษณ์สามารถบ่งบอกความเป็นบุคลากรของสถานบริการได้ชัดเจน โดยพิจารณาจาก ๑. คู่มือการปฏิบัติงาน ๒. นโยบาย/หนังสือสั่งการของโรงพยาบาล ๓. บุคลากรแต่งกายถูกต้องตามระเบียบแนวทางของสถานบริการที่สามารถเห็นอย่างเชิงประจักษ์
S๒: พฤติกรรมบริการ (Service mind, service behavior)	๑. พฤติกรรมการสื่อสาร ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ เป็นไปตามแนวทางของสถานบริการ				๒ = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐ ๑ = มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๖๐-๗๙ ๐ = ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐	โดยพิจารณาจาก ๑. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๘๐
S๓: คุณภาพบริการ (Service Quality)	๑. ผ่านการประเมินมาตรฐานคุณภาพที่กระทรวงกำหนด				๒ = ผ่านการประเมิน HA ชั้น๓ ๑ = อยู่ระหว่างขอรับการประเมิน HA ชั้น ๓ ๐ = ไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน HA ชั้น๓	โดยพิจารณาจาก ๑. ผ่านมาตรฐาน HA ชั้น ๓
S๔ ความเป็นเฉพาะทาง (Specialty, staff)	๑. กำหนดจุดเด่นเฉพาะด้านของสถานพยาบาล				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. การกำหนดความเฉพาะด้านในนโยบายโรงพยาบาล
	๒. บุคลากรมีศักยภาพสอดคล้องกับจุดเด่นเฉพาะด้านที่สถานบริการกำหนด				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีการพัฒนาสู่ความเฉพาะด้าน ทั้งด้านบุคลากร การบริหารจัดการงบประมาณ และพัสดุ

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ในระดับขั้นพื้นฐานสูง (The best)

แนวทางการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน			หมายเหตุ	หมายเหตุ
		๒	๑	๐		
๑. สิ่งแวดล้อมดี (Environment)						
E๑: ภูมิทัศน์ (Land scape)	๑. การปรับภูมิทัศน์ภาพรวมที่เอื้อต่อการเยียวยา (healing environment)				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีพื้นที่พักผ่อนที่สร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สอดคล้องกับชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่นสำหรับผู้ป่วย รวมทั้งผู้มารับบริการที่สะอาดและปลอดภัย
E๒: พื้นที่รอคอย (Waiting area)	๑. พื้นที่ภายในสวยงาม สะอาด และปลอดภัย ผู้รับบริการมีที่นั่งรอรับบริการเพียงพอ				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีการจัดสถานที่สำหรับการรอรับบริการพร้อมสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น จุดบริการน้ำดื่ม โทรทัศน์ สื่อประชาสัมพันธ์ อินเทอร์เน็ตพื้นที่ใช้สอยร่วมกัน (Co-working Space) และมีมุมสนทนาสำหรับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่
E๓: ห้องน้ำ (Rest room)	๑. ห้องน้ำ/ส้วม มีความเป็นอารยสถาปัตยกรรม (universal design) และมีความผ่อนคลาย				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. ห้องน้ำ/ส้วม ที่มีความจำเพาะ เช่น สำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ ทุกเพศสภาพ หญิงตั้งครรภ์ และเด็กเล็ก ๒. ห้องน้ำ/ส้วม ที่มีลักษณะสร้างความรู้สึกผ่อนคลาย สะดวกสบาย มีการนำเทคโนโลยี non - touch ประยุกต์ใช้
E๔: คุณภาพอากาศ (Air quality)	๑. การพัฒนาระบบ Air Conditioned Ward				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีระบบการควบคุมคุณภาพของอากาศทั้งภายในและภายนอกอาคารผ่าน Airquality index และ Indoor air quality อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยมาตรฐาน air change ๑๒ ข้อ/ห้อง Negative Pressure
E๕: แสง สี เสียง กลิ่น พลังงาน (Light, color, Sound, Smell, Energy)	๑. การใช้พลังงานอย่างประหยัด				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๓ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑-๒ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีนวัตกรรมในการลดการใช้พลังงานในกระบวนการทำงาน ๒. การนำพลังงานสะอาดมาใช้แทนแหล่งพลังงานปกติ ๓. เกิดผลลัพธ์การลดค่าใช้จ่ายด้านพลังงานลดลง

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ในระดับขั้นพื้นฐานสูง (The best)

แนวทางการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน			หมายเหตุ	หมายเหตุ
		๒	๑	๐		
๒. ด้านความทันสมัย (Modernization)						
M๑: ระบบ (system)	๑. ระบบบริการที่เอื้อต่อการจัดบริการอย่างมีประสิทธิภาพ				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ - ๓ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. จัดบริการ one stop service ทุกจุดบริการ ๒. ระบบนัดหมายและระบบดูแลผู้ป่วยโดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยี ๓. การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยในการบริหารจัดการเตียงผู้ป่วย
M๒: การขนส่ง (logistic)	๑. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยทั้งภายใน และภายนอกสถานบริการอย่างถูกต้องและปลอดภัยตามหลัก ๒P Safety				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีการประยุกต์ใช้ เทคโนโลยีสารสนเทศในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น GPS, RFID
	๒. ระบบขนส่งภายในสถานบริการที่เป็นอัตโนมัติ				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในระบบขนส่งอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ลิฟต์ ท่อลม AGV
M๓ : เทคโนโลยี (technology)	๑. การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ เพื่อช่วยในการทำงาน				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๓ - ๔ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ - ๒ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. paperless (OPD IPD) ๒. การใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อช่วยในการเชื่อมต่อและจัดการระบบฐานข้อมูล ๓. การใช้ Telemedicine ๔. การใช้เทคโนโลยี เช่น AI, IOT, EMR มาช่วยในการบริหารจัดการ

เกณฑ์การประเมินการพัฒนาสถานบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตามนโยบาย EMS ในระดับขั้นพื้นฐานสูง (The best)

แนวทางการประเมิน	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน			หมายเหตุ	หมายเหตุ
		๒	๑	๐		
๓. บริการด้วยหัวใจ (Smart Service)						
S๑: ภาพลักษณ์บุคลากร (Personal image)	๑. บุคลิกลักษณะภาพลักษณ์ สื่อให้เห็น ลักษณะร่วมกันของบุคลากรในสถานพยาบาลที่ ได้รับการตอบรับด้วยความพึงพอใจที่ดี				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. เครื่องแต่งกายสามารถแยกประเภทของบุคลากรได้ ชัดเจน มีชื่อระบุตัวตนที่สังเกตเห็นได้ชัดเจน ๒. ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงทำเนียบและระบุตัวตนของผู้ ให้บริการได้
S๒: พฤติกรรมบริการ (Service mind, service behaviour)	๑. วัฒนธรรมองค์กรในการให้บริการที่ได้รับ การตอบรับด้วยความพึงพอใจที่ดีของผู้รับบริการ				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. ร้อยละความพึงพอใจของผู้รับบริการ มากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ ๘๐ ๒. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ โดย mrd party และวิเคราะห์ เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงถอดบทเรียน แบบเป็นรูปธรรมหรือได้รับรางวัลด้านพฤติกรรมจาก หน่วยงานต่างๆ
S๓: คุณภาพบริการ (Service Quality)	๑. เข้าการประเมินการรับรองคุณภาพมาตรฐาน ระดับสากล				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. มีจุดบริการให้คำปรึกษาก่อนกลับบ้าน หรือมีการติดตาม หลังการรับบริการผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ หรือระบบอื่นๆ อย่างเป็นรูปธรรม ๒. ผ่านมาตรฐานระดับสากล เช่น AHA JCI
S๔ ความเป็นเฉพาะทาง (Specialty, staff)	๑. เป็นสถานที่สำหรับศึกษาดูงาน/ศูนย์ ฝึกอบรมเฉพาะทาง				๒ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๒ ข้อ ๑ = เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน ๑ ข้อ ๐ = ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ประเมิน	โดยพิจารณาจาก ๑. เป็นสถานที่ศึกษาดูงาน ๒. เป็นศูนย์ฝึกอบรมเฉพาะทาง

เอกสารแนบ ๑ : รายละเอียดการประเมิน E๑: ภูมิทัศน์ (Land scape)

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน		ผลรวม
		๑ (มี)	๐ (ไม่มี)	
๑	มีป้ายแสดงชื่อโรงพยาบาลเป็นตัวอักษรภาษาไทย หากมีภาษาต่างประเทศต้องเล็กกว่าภาษาไทย โดยแสดงไว้ในบริเวณโรงพยาบาล หรือตัวอาคารที่สามารถมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอกในระยะ ๑๐๐ เมตร			
๒	สถานบริการมีระบบแสงสว่างส่องในเวลากลางวัน			
๓	การติดตั้งป้ายบอกทางไปพื้นที่สำคัญ เช่น พื้นที่ให้บริการผู้ป่วย ทางสัญจรระหว่างอาคารหรือทางเดินเชื่อมห้องน้ำ ทางหนีไฟชัดเจนไม่เล็กเกินไป			
๔	ความกว้างของช่องทางเข้า - ออกหลักเหมาะกับการสัญจร			
๕	ติดตั้งแผนผังของโรงพยาบาลอยู่ในที่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน			
๖	ทางสัญจรระหว่างระหว่างอาคาร หรือทางเชื่อม (COVERED WAY) มีหลังคาคลุม			
๗	ลักษณะพื้นที่ทางลาดผิวไม่ลื่น และมีการติดตั้งราวจับเพื่อช่วยพยุงตัว			
๘	มีการจัดการขยะมูลฝอย และขยะติดเชื้อ ตามเกณฑ์มาตรฐาน พร้อมทั้งมีเส้นทางการเคลื่อนย้ายของสกปรก (ขยะ, ผ้าเปื้อนและเครื่องมือใช้แล้ว) ไปสู่สถานที่รวบรวมที่เหมาะสมตามมาตรฐาน IC			
๙	มีการดูแลด้านสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกอาคารให้มี ความสะอาดในการให้บริการ สะอาดเป็นระเบียบปราศจากขยะเรี่ยราด ไม่มีหยากไย่ตามฝ้าเพดาน ขอบหน้าต่างไม่มีฝุ่นละออง ระบายอากาศได้ดี แสงสว่างเพียงพอ เป็นระเบียบเรียบร้อยปลอดภัย และไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุง			
๑๐	มีการจัดการน้ำเสียได้มาตรฐานควบคุมการระบายน้ำทิ้งตามที่กฎหมาย กำหนด (ประกาศกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม)			
๑๑	ทางหนีไฟสามารถใช้งานได้ทันทีเมื่อเกิดอัคคีภัย			
๑๒	มีนโยบายและแผนเมื่อเกิดภัยพิบัติ เช่น อัคคีภัย แผ่นดินไหว อุทกภัย วาตภัย สารเคมีรั่วไหล			
๑๓	มีระบบดับเพลิง เช่น มีตู้ดับเพลิง และสายดับเพลิงพร้อมหัวฉีดน้ำดับเพลิงและอุปกรณ์ติดตั้งในตำแหน่งที่มองเห็นได้เด่นชัด และสามารถหยิบฉวยเพื่อนำไปใช้ได้สะดวก			
๑๔	มีระบบเตือนภัยที่สามารถใช้ได้ตลอดเวลา และระบบแสงสว่างฉุกเฉินติดตั้งในตำแหน่งที่จำเป็นพร้อมทำงานทันทีระบบหลักขัดข้อง			
๑๕	ลิฟต์มีการตรวจสอบและซ่อมบำรุงสม่ำเสมอจากบริษัทผู้ตรวจสอบที่มีความชำนาญการเฉพาะ			

* หมายเหตุ : ๑. อ้างอิงตามแบบการตรวจฐานด้านอาคาร (การตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)
: ๒. อ้างอิงตามแนวทางการดำเนินงาน (Green & Clean Hospital)
: ๓. อ้างอิงจากแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

เอกสารแนบ ๒ : รายละเอียดการประเมิน E๒: พื้นที่รอคอย (Waiting area)

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน		ผลรวม
		๑ (มี)	๐ (ไม่มี)	
๑	ผิวพื้นอาคารเรียบและมีความสะอาดเป็นระเบียบ ปราศจากขยะเรี่ยราด ไม่มี หยากไย่ตามฝ้าเพดานขอบหน้าต่างไม่มีฝุ่นละออง			
๒	มีความกว้างช่องทางสัญจรรวมสวนที่ให้บริการผู้ป่วยไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			
๓	มีระบบแสงสว่าง			
๔	ติดตั้งป้ายบอกทางชัดเจน			
๕	มีระบบระบายอากาศที่ดี เพียงพอ เหมาะสม และไม่อึดอัด			
๖	จัดที่นั่งพักคอยในจำนวนที่เพียงพอไม่กีดขวางทางสัญจร			
๗	สถานที่รอคอยแยกเป็นสัดส่วนชัดเจน ไม่แออัด			
๘	ร้านอาหารในโรงพยาบาลได้มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารของกรมอนามัย			

* หมายเหตุ : ๑. อ้างอิงตามแบบการตรวจฐานด้านอาคาร (การตรวจมาตรฐานคุณภาพบริการในสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน)
: ๒. อ้างอิงจากแนวทางการตรวจประเมินเพื่อขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการที่รับการส่งต่อทั่วไป

เอกสารแนบ ๓ : รายละเอียดการประเมิน E๓: ห้องน้ำ (Rest room)

ลำดับ	เกณฑ์การประเมิน	คะแนน		ผลรวม
		๑ (มี)	๐ (ไม่มี)	
ความสะอาด (Health : H)				
๑	พื้น ผนัง เพดาน โถส้วม ที่กีดโถส้วม โถปัสสาวะ สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีใช้งานได้			
๒	ใช้สะอาด เพียงพอ และไม่มีลูกน้ำยุงลาย ภาชนะเก็บกักน้ำ ชันตักน้ำ สะอาด อยู่ในสภาพดี ใช้งานได้			
๓	กระดาษชำระเพียงพอต่อการใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ (อาจจำหน่ายหรือบริการฟรี) หรือสายฉีดน้ำชำระที่สะอาดอยู่ในสภาพดี ใช้งานได้			
๔	อ่างล้างมือ ก๊อกน้ำ กระจก สะอาด ไม่มีคราบสกปรก อยู่ในสภาพดีและใช้งานได้			
๕	สบู่ล้างมือพร้อมให้ใช้ตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ			
๖	ถังรองรับมูลฝอย สะอาด มีฝาปิด อยู่ในสภาพดี ไม่รั่วซึม ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือหรือบริเวณใกล้เคียง			
๗	มีการระบายอากาศดี และไม่มีกลิ่นเหม็น			
๘	สภาพท่อระบายสิ่งปฏิกูลและถังเก็บกักไม่รั่ว แตก หรือชำรุด			
๙	จัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็นประจำ			
ความเพียงพอ (Accessibility: A)				
๑๐	จัดให้มีส้วมนั่งราบสำหรับผู้พิการ ผู้สูงวัย หญิงตั้งครรภ์และประชาชนทั่วไปอย่างน้อยหนึ่งที			
๑๑	ส้วมสาธารณะพร้อมใช้งานตลอดเวลาที่เปิดให้บริการ			
ความปลอดภัย (Safety: S)				
๑๒	บริเวณที่ตั้งส้วมต้องไม่อยู่ที่ลึบตา/เปลี่ยน			
๑๓	กรณีที่มีห้องส้วมตั้งแต่ ๒ ห้องขึ้นไป ให้แยกเป็นห้องส้วมสำหรับชาย - หญิง โดยมีป้ายหรือสัญลักษณ์ที่ชัดเจน			
๑๔	ประตูที่จับเปิด - ปิด และที่ล็อคด้านใน สะอาด อยู่ในสภาพดีใช้งานได้			
๑๕	พื้นห้องส้วมแห้ง			
๑๖	แสงสว่างเพียงพอ สามารถมองเห็นได้ทั่วบริเวณ			

* หมายเหตุ : อ้างอิงตามมาตรฐานส้วมสาธารณะไทย (HAS)

หมวด	๔. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	๑๔. การพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมด้านสุขภาพ
โครงการที่	๑. โครงการพัฒนางานวิจัย/นวัตกรรม ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และเทคโนโลยีทางการแพทย์
ระดับการแสดงผล	ประเทศ
ตัวชี้วัดที่ ๒๗	จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด
คำนิยาม	<p>๑. องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ได้จากการศึกษาวิจัย สามารถเผยแพร่ ถ่ายทอด และนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ และให้บริการด้านสาธารณสุขได้</p> <p>๒. การพัฒนาต่อยอด หมายถึง การนำนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือเทคโนโลยีสุขภาพที่เคยมีการศึกษา วิจัยประดิษฐ์ คิดค้นขึ้นที่สำเร็จแล้ว นำมาพัฒนาต่อยอด ให้เกิดประโยชน์เพิ่มเติมจากเดิม</p> <p>๓. นวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ผลิตภัณฑ์หรือบริการใหม่ทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด ผ่านกระบวนการวิจัย พัฒนา หรือการปรับปรุงผลิตภัณฑ์ หรือบริการเดิมด้วยองค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยบุคลากรของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์มีส่วนร่วม ทั้งนี้ ต้องมีการทดสอบและผ่านการรับรองตามกระบวนการที่กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์กำหนด ซึ่งมีการใช้ประโยชน์ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์หรือสาธารณสุขเรียบร้อยแล้ว จำแนกเป็น ๔ ประเภท ได้แก่</p> <p>๑) นวัตกรรมผลิตภัณฑ์ (Product Innovation) เป็นการพัฒนาและนำเสนอผลิตภัณฑ์ใหม่ รวมไปถึงการปรับปรุงผลิตภัณฑ์เดิมที่มีอยู่ให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น เช่น ชุดทดสอบ ชุดเครื่องมือ ผลิตภัณฑ์รักษาโรค ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภค เป็นต้น</p> <p>๒) นวัตกรรมบริการ (Service Innovation) เป็นการนำเสนอบริการใหม่ที่เกิดจากการสร้างชิ้นใหม่ หรือปรับปรุงสิ่งเดิม เช่น Test Service การทดสอบความชำนาญ OECD GLP ขบวนการรับรองตามมาตรฐานระดับประเทศและสากล ระบบบริการ Online บริการตรวจสอบเครื่องมือ เป็นต้น</p> <p>๓) นวัตกรรมกระบวนการ (Process Innovation) เป็นการเปลี่ยนแนวทาง หรือวิธีการผลิตสินค้า หรือการให้บริการในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากเดิม ด้วยการพัฒนาสร้างสรรค์กระบวนการให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งต้องอาศัยความรู้ทางเทคโนโลยี กระบวนการ และเทคนิคต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวคิด วิธีการ หรือกระบวนการใหม่ ๆ ที่ส่งผลให้กระบวนการผลิตและการทำงานโดยรวมให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลสูงขึ้น เช่น กระบวนการออกแบบและพัฒนา กระบวนการจัดการนวัตกรรม เป็นต้น</p> <p>๔) นวัตกรรมการจัดการ (Management Innovation) เป็นการใช้ความทางด้านการบริหารจัดการมาปรับปรุงระบบโครงสร้างเดิมขององค์กร สามารถตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เช่น</p>

Model Development การใช้ระบบ QR Code การพัฒนาระบบพี่เลี้ยง เป็นต้น

๔. **เทคโนโลยีทางสุขภาพ** หมายถึง การรวบรวมความรู้และวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ อย่างเป็นระบบซึ่งจะช่วยให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแล การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน รักษาโรค และการฟื้นฟูสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้บุคคลหรือชุมชนมีสุขภาพที่ดี และมีความปลอดภัยในชีวิต ทั้งนี้หมายรวมถึงเทคโนโลยีที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ (เทคโนโลยีเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์เครื่องสำอาง อาหาร ยา เครื่องมือแพทย์ และอุปกรณ์หรือ เครื่องมือสุขภาพ) และบริการสุขภาพ (เทคโนโลยีที่เกี่ยวกับการตรวจโรค การรักษาโรค การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ)

๕. **การผลิต** หมายถึง การนำเอาปัจจัยการผลิตมาผ่านกระบวนการอย่างใดอย่างหนึ่ง ภายใต้เทคโนโลยีระดับหนึ่งผสมผสานกันเพื่อให้เกิดสินค้าหรือบริการเพื่อตอบสนอง ความต้องการของมนุษย์ หรือประโยชน์ทางเศรษฐกิจ

๖. **การนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมไปใช้ประโยชน์** หมายถึง การมีหลักฐาน ที่แสดงว่าได้มีการนำองค์ความรู้ เทคโนโลยี และนวัตกรรมที่ได้จากการศึกษา วิจัย ไป ใช้ประโยชน์ในการแก้ปัญหาสาธารณสุขตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ โดยประเภทของการใช้ ประโยชน์ รวมถึงมีการเผยแพร่ในรูปแบบต่างๆ มีดังนี้

๑) การใช้ประโยชน์ทางการแพทย์ คือ การนำผลงานไปใช้ประโยชน์หรือพัฒนา ในทางการแพทย์หรือสาธารณสุขเพื่อสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและ ควบคุมโรค รักษาโรค และฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การนำไปประยุกต์ใช้ทาง ห้องปฏิบัติการ การตรวจชั้นสูตร การใช้อ้างอิงทางวิชาการ การใช้ประโยชน์ในการ ต่อยอดการวิจัยทางการแพทย์หรือสาธารณสุข เป็นต้น

๒) การใช้ประโยชน์ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ที่นำไปสู่ การจัดการปัญหาผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่ปลอดภัย การสื่อสารแจ้งเตือนภัยสุขภาพ การตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพหรือที่เกี่ยวข้องกับอาหาร ยา ยาเสพติด วัตถุที่ ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท สารระเหยเครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ รังสี และ วัตถุอันตรายทางสาธารณสุข ชีวิตสัตว์ สมุนไพร และการชันสูตรโรค เป็นต้น

๓) การใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ เช่น การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญา การจำหน่าย ผลิตภัณฑ์หรือนวัตกรรมนั้น ๆ การถ่ายทอดเทคโนโลยีของนวัตกรรมสู่เชิงพาณิชย์ กระบวนการนำไปสู่มาตรการสนับสนุนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ฐานข้อมูลนวัตกรรมด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ หมายถึง ระบบบริหารจัดการองค์ ความรู้เทคโนโลยีและนวัตกรรม กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่ทำหน้าที่ในการจัดเก็บ ข้อมูลองค์ความรู้ นวัตกรรมและเทคโนโลยี ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์อย่างเป็นระบบ มี ความถูกต้องเชื่อถือได้ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทำให้ผู้ใช้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูล ที่เกี่ยวข้องในระบบงานต่าง ๆ ร่วมกันได้ โดยไม่เกิดความซ้ำซ้อน และหลีกเลี่ยงความ ขัดแย้งของข้อมูล รวมทั้งมีระบบความปลอดภัยของข้อมูล

เกณฑ์เป้าหมาย :				
	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐
	จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย ๑๘ เรื่อง	จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย ๑๙ เรื่อง	จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย ๒๐ เรื่อง	จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอดอย่างน้อย ๒๑ เรื่อง
วัตถุประสงค์	เพื่อพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดสกลนครให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นด้วยงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด			
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	๑. ประชาชนและชุมชน ๒. หน่วยงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข ๓. นักวิจัย ๔. สถาบันการศึกษาหรือวิจัย			
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	รวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดประกอบด้วยโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล			
แหล่งข้อมูล	รายงานผลการดำเนินงานวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A \geq ๑๘$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๔			

เกณฑ์การประเมิน :

รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
<ul style="list-style-type: none"> - ทบทวนคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนองค์ความรู้ งานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพ ด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข - จัดทำแผนการดำเนินงาน งานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ อย่างน้อย ๑ แผน 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานผลความก้าวหน้าการถ่ายถอดงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพ ให้แก่หน่วยงานอื่น/หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 	<ul style="list-style-type: none"> - สรุปผลการถ่ายถอดงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพ - สํารวจจำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพ ที่สำเร็จใน ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ - ปรับปรุงข้อมูลงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพ อย่างต่อเนื่องจากฐานข้อมูลปีที่ผ่านมา 	<ul style="list-style-type: none"> - จัดทำรายงานสรุปพร้อมข้อเสนอแนะเสนอผู้บริหาร เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาเชิงนโยบายในการถ่ายถอดงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพ สู่การใช้ประโยชน์ - จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่

				คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนา ต่อยอด อย่างน้อย ๑๘ เรื่อง																																								
วิธีการประเมินผล :	ประเมินผลจากจำนวนนวัตกรรมที่นำไปใช้ประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข																																											
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	Baseline data	หน่วยวัด เรื่อง	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																																									
			๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖																																							
	จำนวน งานวิจัย/งาน วิชาการ/ นวัตกรรม/ เทคโนโลยี สุขภาพที่ คิดค้นใหม่ หรือที่พัฒนา ต่อยอด	เรื่อง	๑๓	๒๘	๒๐																																							
เกณฑ์เป้าหมาย	<p>ตัวชี้วัดจังหวัด : จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การประเมิน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> <tr> <th>คะแนน</th> <th>คะแนน</th> <th>คะแนน</th> <th>คะแนน</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≥ ๘ เรื่อง</td> <td>๙ เรื่อง</td> <td>๑๒ เรื่อง</td> <td>๑๕ เรื่อง</td> <td>๑๘ เรื่อง</td> </tr> </tbody> </table> <p>ตัวชี้วัดอำเภอ : จำนวนงานวิจัย/งานวิชาการ/นวัตกรรม/เทคโนโลยีสุขภาพที่คิดค้นใหม่หรือที่พัฒนาต่อยอด</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="5">เกณฑ์การประเมิน</th> </tr> <tr> <th>๑</th> <th>๒</th> <th>๓</th> <th>๔</th> <th>๕</th> </tr> <tr> <th>คะแนน</th> <th>คะแนน</th> <th>คะแนน</th> <th>คะแนน</th> <th>คะแนน</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>๑ เรื่อง</td> </tr> </tbody> </table>				เกณฑ์การประเมิน					๑	๒	๓	๔	๕	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	≥ ๘ เรื่อง	๙ เรื่อง	๑๒ เรื่อง	๑๕ เรื่อง	๑๘ เรื่อง	เกณฑ์การประเมิน					๑	๒	๓	๔	๕	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	-	-	-	-	๑ เรื่อง
เกณฑ์การประเมิน																																												
๑	๒	๓	๔	๕																																								
คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน																																								
≥ ๘ เรื่อง	๙ เรื่อง	๑๒ เรื่อง	๑๕ เรื่อง	๑๘ เรื่อง																																								
เกณฑ์การประเมิน																																												
๑	๒	๓	๔	๕																																								
คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน	คะแนน																																								
-	-	-	-	๑ เรื่อง																																								
ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน	<p>๑. นายพีรพงศ์ ทองอั้งตั้ง หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๓๒-๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๘๘๗๙ ๔๙๓๕ โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑</p> <p>๒. นางมีทนาวดี ล้อมหามงคล นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ โทรศัพท์ที่ทำงาน : ๐ ๔๒๗๑ ๑๑๕๗ ต่อ ๑๒๓๒-๓ โทรศัพท์มือถือ : ๐๙ ๓๕๕๙ ๒๖๕๘ โทรสาร ๐ ๔๒๗๑ ๑๕๗ ต่อ ๑๐๐๑ E-mail : muttanawadee_nu@hotmail.com สถานที่ทำงาน กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนคร</p>																																											

หมวด	๔. ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
แผนที่	๑๓. การบริหารจัดการด้านการเงินการคลังสุขภาพ
โครงการที่	๑. โครงการบริหารจัดการด้านการเงิน การคลัง
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดรพ.ของรพ.ที่ไม่ติดวิกฤติทางการเงิน / รพ.วัดรพ.ไม่ผ่านวิกฤติทางการเงิน
ตัวชี้วัดที่ ๒๘	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน ๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๗) ๒. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ ๖)
คำนิยาม	<p>หน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤติทางการเงิน หมายถึง หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสกลนคร ที่มีวิกฤติทางการเงิน ตามหลักเกณฑ์การคิดวิกฤติทางการเงิน ระดับ ๗ (Risk Scoring) โดยใช้อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการ วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน อัตราส่วนทางการเงิน ๕ รายการ ประกอบด้วย</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนหรืออัตราส่วนสภาพคล่อง (Current Ratio : CR) = สินทรัพย์หมุนเวียน หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๒. อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียนเร็ว (Quick Ratio : QR) = (สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย สินค้าคงเหลือ หักด้วย สินทรัพย์หมุนเวียนอื่น) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๓. อัตราส่วนเงินสด (Cash Ratio : Cash Ratio) (เงินสด บวกกับ รายการเทียบเท่าเงินสด บวกกับ เงินฝากประจำ) หารด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๔. Tunสำรองสุทธิ (Net Working Capital : NWC) = สินทรัพย์หมุนเวียน หักด้วย หนี้สินหมุนเวียน ๕. (Net Income : NI) = รวมรายได้ หักด้วย รวมค่าใช้จ่าย <p>อัตราส่วนทางการเงินทั้ง ๕ รายการข้างต้นถูกนำมาใช้เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของหน่วยบริการโดยกำหนดเกณฑ์สำหรับการประเมินโดยมีค่ากลางของแต่ละหน่วยบริการมาเปรียบเทียบกับค่ากลางของอุตสาหกรรม ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์ <ol style="list-style-type: none"> ๑.๑ CR < ๑.๕ ๑.๒ QR < ๑.๐ ๑.๓ Cash < ๐.๘ ๒. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน <ol style="list-style-type: none"> ๒.๑ แสดงฐานะทางการเงิน ทุนหมุนเวียน (NWC) < ๐ ๒.๒ แสดงฐานะจากผลประกอบการ (กำไรสุทธิ) (กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อมราคา และค่าตัดจำหน่าย Net Income NI) NI < ๐ ๓. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง <ol style="list-style-type: none"> ๓.๑ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๓ เดือน* ๓.๑ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๖ เดือน

	<p>*โดยให้นำหน้าของ NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < ๓ เดือน มากกว่าตัวแปรอื่น ๒ เท่า ทั้งนี้ได้นำเงื่อนไขมาใช้ในการ</p> <p>จัดกลุ่มหน่วยบริการที่ประสบวิกฤตทางการเงินเป็น ๗ ระดับ ดังนี้</p> <p>ระดับ ๐ - ๑ ปกติ</p> <p>ระดับ ๒ คาดว่าจะดีขึ้นภายใน ๓ เดือน</p> <p>ระดับ ๓ คาดว่าจะดีขึ้นภายใน ๓ เดือน</p> <p>ระดับ ๔ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๖ เดือน</p> <p>ระดับ ๕ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๖ เดือน</p> <p>ระดับ ๖ คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน</p> <p>ระดับ ๗ มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง</p> <p>การประเมินหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงินจะประเมินทุกสิ้นไตรมาส โดยกำหนดให้หน่วยบริการที่ได้ระดับ ๗ ซึ่งมีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง และระดับ ๖ ที่คาดว่าจะประสบปัญหาภายใน ๓ เดือน</p> <p>ทั้งนี้ ระบบข้อมูลบัญชีของหน่วยบริการที่ดีมีคุณภาพมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผลการประเมินสถานะทางการเงินที่มีความถูกต้อง แม่นยำ และการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยแก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตทางการเงินที่เกิดขึ้นได้</p>
--	--

เกณฑ์เป้าหมาย :

ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	ปีงบประมาณ ๗๑
ระดับ๗=ร้อยละ๐	ระดับ๗=ร้อยละ๐	ระดับ๗=ร้อยละ๐	ระดับ๗=ร้อยละ๐	ระดับ๗=ร้อยละ๐
ระดับ๖=ร้อยละ๐	ระดับ๖=ร้อยละ๐	ระดับ๖=ร้อยละ๐	ระดับ๖=ร้อยละ๐	ระดับ๖=ร้อยละ๐

วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการด้านการเงินการคลัง</p> <p>๒. เพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ</p>
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดสกลนคร
วิธีการจัดเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์จากรายงานการเงินของหน่วยบริการที่ส่งส่วนกลาง (กองเศรษฐกิจสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพ) รายไตรมาส
แหล่งข้อมูล	กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๖
รายการข้อมูล ๓	C = จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในเครือข่ายอำเภอ (จำนวน ๑ แห่ง)

สูตรคำนวณตัวชี้วัด	๕๓.๑. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ ๗) $(A / C) \times 100$ ๕๓.๒. ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน (ระดับ ๖) $(B / C) \times 100$																							
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาส ๑, ๒, ๓ และ ๔																							
เกณฑ์การประเมิน :																								
	รอบ ๓ เดือน ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ ๗ = ร้อยละ ๐ ระดับ ๖ = ร้อยละ ๐	รอบ ๖ เดือน ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ ๗ = ร้อยละ ๐ ระดับ ๖ = ร้อยละ ๐	รอบ ๙ เดือน ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ ๗ = ร้อยละ ๐ ระดับ ๖ = ร้อยละ ๐	รอบ ๑๒ เดือน ร้อยละของหน่วยบริการ ประสบภาวะวิกฤตทาง การเงิน ระดับ ๗ = ร้อยละ ๐ ระดับ ๖ = ร้อยละ ๐																				
วิธีการประเมินผล :	การวัด/วิเคราะห์																							
เอกสารสนับสนุน :	รายงานหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน																							
รายละเอียดข้อมูลพื้นฐาน	<table border="1" data-bbox="469 1048 1442 2016"> <thead> <tr> <th data-bbox="469 1048 687 1099">Baseline data</th> <th data-bbox="687 1048 815 1099">หน่วยวัด</th> <th colspan="3" data-bbox="815 1048 1442 1099">ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <th data-bbox="815 1099 1023 1151">๒๕๖๔</th> <th data-bbox="1023 1099 1230 1151">๒๕๖๕</th> <th data-bbox="1230 1099 1442 1151">๒๕๖๖</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="469 1151 687 1536">ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗</td> <td data-bbox="687 1151 815 1536">ร้อยละ</td> <td data-bbox="815 1151 1023 1536"> ไตรมาส ๑/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ </td> <td data-bbox="1023 1151 1230 1536"> ไตรมาส ๑/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ </td> <td data-bbox="1230 1151 1442 1536"> ไตรมาส ๑/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ </td> </tr> <tr> <td data-bbox="469 1536 687 2016">ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๖</td> <td data-bbox="687 1536 815 2016">ร้อยละ</td> <td data-bbox="815 1536 1023 2016"> ไตรมาส ๑/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ </td> <td data-bbox="1023 1536 1230 2016"> ไตรมาส ๑/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ </td> <td data-bbox="1230 1536 1442 2016"> ไตรมาส ๑/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ </td> </tr> </tbody> </table>				Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.					๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗	ร้อยละ	ไตรมาส ๑/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๔ ร้อยละ ๐.๐	ไตรมาส ๑/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๕ ร้อยละ ๐.๐	ไตรมาส ๑/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๖ ร้อยละ ๐.๐	ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๖	ร้อยละ	ไตรมาส ๑/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๔ ร้อยละ ๐.๐	ไตรมาส ๑/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๕ ร้อยละ ๐.๐	ไตรมาส ๑/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๖ ร้อยละ ๐.๐
Baseline data	หน่วยวัด	ผลการดำเนินงานในรอบปีงบประมาณ พ.ศ.																						
		๒๕๖๔	๒๕๖๕	๒๕๖๖																				
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๗	ร้อยละ	ไตรมาส ๑/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๔ ร้อยละ ๐.๐	ไตรมาส ๑/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๕ ร้อยละ ๐.๐	ไตรมาส ๑/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๖ ร้อยละ ๐.๐																				
ร้อยละของหน่วยบริการที่ประสบภาวะวิกฤตทางการเงิน ระดับ ๖	ร้อยละ	ไตรมาส ๑/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๔ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๔ ร้อยละ ๐.๐	ไตรมาส ๑/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๕ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๕ ร้อยละ ๐.๐	ไตรมาส ๑/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๒/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๓/๖๖ ร้อยละ ๐.๐ ไตรมาส ๔/๖๖ ร้อยละ ๐.๐																				

รายละเอียดตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗

<p>ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด</p>	<p>นางมะลิณี แตนรักษ์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ(ด้านส่งเสริมพัฒนา) โทรศัพที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ โทรศัพที่มือถือ : โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>
<p>ผู้รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงาน</p>	<p>นางมะลิณี แตนรักษ์ ตำแหน่ง : นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ(ด้านส่งเสริมพัฒนา) โทรศัพที่ทำงาน : ๐๔๒-๗๑๑๑๕๗ โทรศัพที่มือถือ : โทรสาร : E-mail : สถานที่ทำงาน : กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p>

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)											
แผน	การพัฒนาระบบธรรมาภิบาลและองค์กรคุณภาพ											
โครงการ	โครงการประเมินคุณธรรมความโปร่งใส											
ระดับการแสดงผล	จังหวัดวัดร้อยละหน่วยงานที่ผ่าน / คปสอ.(รพ. สสอ.)วัดร้อยละผลประเมินที่ได้รายชื่อ											
ตัวชี้วัดที่ ๒๙	หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA											
คำนิยาม	<p>การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (Integrity and Transparency Assessment : ITA) ถือเป็นเครื่องมือของหน่วยงานภาครัฐ ได้สำรวจและประเมินตนเอง เพื่อให้ได้รับทราบข้อมูลอันส่งผลให้เกิดความตระหนัก และปรับปรุงการบริหารงานและกำกับดูแลการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ต่อประชาชน และให้ความสำคัญกับด้านคุณธรรมและความโปร่งใสขององค์กร ตนเอง</p> <p>มากยิ่งขึ้น ใช้เป็นกลไกในการป้องกันการทุจริตและประพฤติมิชอบ สร้างความตระหนัก ให้หน่วยงานภาครัฐดำเนินงานอย่างโปร่งใสและมีคุณธรรม และเสริมสร้างประสิทธิภาพการปฏิบัติงานและการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิมีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้รับบริการ และประชาชน ตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ที่เป็นไปตามแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ประเด็นที่ ๒๑ การต่อต้านการทุจริตและประพฤติมิชอบที่กำหนดค่าเป้าหมายผลการประเมินคุณธรรม และความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ ในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ หน่วยงานภาครัฐจะต้องมีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ที่กำหนด ๙๐ คะแนนขึ้นไป</p> <p>โดยใช้แนวทางและเครื่องมือการประเมินตามที่สำนักงาน ศปท.สธ. กำหนด</p>											
เกณฑ์เป้าหมาย :	<table border="1"> <tr> <td>ปีงบประมาณ ๖๗</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๘</td> <td>ปีงบประมาณ ๖๙</td> <td>ปีงบประมาณ ๗๐</td> </tr> <tr> <td>๙๔</td> <td>๙๔</td> <td>๙๔</td> <td>๙๕</td> </tr> </table>	ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐	๙๔	๙๔	๙๔	๙๕			
ปีงบประมาณ ๖๗	ปีงบประมาณ ๖๘	ปีงบประมาณ ๖๙	ปีงบประมาณ ๗๐									
๙๔	๙๔	๙๔	๙๕									
วัตถุประสงค์	<p>๑. เพื่อให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ได้ เปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชนเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้มารับบริการ ประชาชน และสังคม</p> <p>๒. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครได้พัฒนาและปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงานและให้การบริหารราชการมีประสิทธิภาพ</p> <p>ประสิทธิภาพตามหลักธรรมาภิบาล</p> <p>๓. เพื่อให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครเห็นการพัฒนาในด้านคุณธรรม และความโปร่งใสอย่างเป็นรูปธรรม ส่งเสริมให้มารับบริการ ประชาชน และสังคมมีส่วนร่วมในการประเมินมากขึ้น</p>											
ประชากรกลุ่มเป้าหมาย	<p>รวมทั้งสิ้น จำนวน ๑๙ หน่วยงาน ประกอบด้วย</p> <p>๑. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร</p> <p>๒. โรงพยาบาลสกลนคร</p> <p>๓. โรงพยาบาลวานรนิวาสและ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน</p> <p>๔. โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๖ แห่ง</p> <p>๕. สาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๑๘ แห่ง</p>											

วิธีการจัดเก็บข้อมูล	หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมาย ๑๘ หน่วยงาน จัดเก็บข้อมูลตามเครื่องมือการประเมิน ITA และตามปฏิทินการประเมินของสำนักงาน ศปท.สธ. ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗			
	ไตรมาสที่ 1	ไตรมาสที่ 2	ไตรมาสที่ 3	ไตรมาสที่ 4
	- ประเมิน MOIT1- MOIT5	- ประเมิน MOIT1- MOIT22	- ประเมิน MOIT1- MOIT22	- ประเมิน MOIT1-MOIT22
แหล่งข้อมูล	แบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : OIT)			
รายการข้อมูล ๑	A = จำนวนหน่วยงานที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน ITA ผ่านเกณฑ์ร้อยละ ๙๔ ขึ้นไป (ใน ๑ ปี) (จัดเก็บข้อมูลจากหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร กลุ่มเป้าหมายที่มีคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐)			
รายการข้อมูล ๒	B = จำนวนหน่วยงานทั้งหมดที่เข้ารับการประเมิน ITA (๑๙ หน่วยงาน)			
สูตรคำนวณตัวชี้วัด	$A / B * 100$			
ระยะเวลาประเมินผล	ไตรมาสที่ ๔			
เกณฑ์การประเมิน :				
	รอบ ๓ เดือน	รอบ ๖ เดือน	รอบ ๙ เดือน	รอบ ๑๒ เดือน
	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ระดับ ๕	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๖๐	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๗๕	ผ่านเกณฑ์การประเมิน ร้อยละ ๙๐
วิธีการประเมินผล :	ประชากรกลุ่มเป้าหมาย จัดเก็บข้อมูลแบบตรวจการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ตามปฏิทินการประเมิน ของสำนักงาน ศปท.สธ. ในระบบ MOITAS			

หมวด	ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence)
ชื่อตัวชี้วัด	หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง
คำนิยาม	<p>การตรวจสอบภายใน หมายความว่า กิจกรรมการให้ความเชื่อมั่นและการให้คำปรึกษาอย่างเที่ยงธรรมและเป็นอิสระ ซึ่งจัดให้มีขึ้นเพื่อเพิ่มคุณค่าและปรับปรุงการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐให้ดีขึ้น และจะช่วยให้หน่วยงานของรัฐบรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยการประเมินและปรับปรุงประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารความเสี่ยง การควบคุม และการกำกับดูแลอย่างเป็นระบบ</p> <p>การควบคุมภายใน หมายความว่า กระบวนการปฏิบัติงานที่ผู้กำกับดูแล หัวหน้าหน่วยงานของรัฐ ฝ่ายบริหาร และบุคลากรของหน่วยงานของรัฐจัดให้มีขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจอย่างสมเหตุสมผลว่า การดำเนินงานของหน่วยงานของรัฐจะบรรลุวัตถุประสงค์ด้านการดำเนินงาน ด้านการรายงาน และด้านการปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ</p> <p>การบริหารความเสี่ยง หมายความว่า การนำความเสี่ยงที่มีอยู่ทั้งในระดับส่วนราชการ และระดับหน่วยงานมาดำเนินการวิเคราะห์หาระดับของความเสี่ยงเพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมการควบคุมภายใน รายงานการประเมินผลการควบคุมภายในตามแบบ ปค.๕</p>

เกณฑ์เป้าหมาย

เกณฑ์เป้าหมายระดับจังหวัด : ระดับจังหวัดวัดร้อยละหน่วยงานที่ผ่าน /ระดับคปสอ.(รพ. สสอ. วัดร้อยละ ผลคะแนนที่ได้)

ปีงบประมาณ ๒๕๖๔	ปีงบประมาณ ๒๕๖๕	ปีงบประมาณ ๒๕๖๖	ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๐

วัตถุประสงค์

๑. การตรวจสอบภายใน เพื่อให้ส่วนราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีการปฏิบัติงานที่เป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วย มาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการตรวจสอบภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ ผลการปฏิบัติงานสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับหน่วยรับตรวจและสร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการส่งเสริมให้ส่วนราชการและหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล บรรลุวัตถุประสงค์ และเป้าหมายที่กำหนด

๒. การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยง เพื่อให้ส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีระบบการควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงที่เพียงพอเหมาะสมเป็นไปตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลังว่าด้วยมาตรฐานและหลักเกณฑ์ปฏิบัติการควบคุมภายในสำหรับหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. ๒๕๖๑ และที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย : หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ จำนวน ๑ แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน ๒ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน ๑๕ แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน ๑๘ แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

วิธีการจัดเก็บข้อมูล :

๑. รายงานการตรวจสอบและประเมินคุณภาพงานตรวจสอบภายในของหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร
๒. รายงานการตรวจสอบและประเมินผลระบบการควบคุมภายในของผู้ตรวจสอบภายในในระดับจังหวัด
๓. เอกสารหลักฐานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น หลักฐานสื่อสารยืนยันถึงความเหมาะสมของวัตถุประสงค์และขอบเขตการตรวจสอบ เอกสารการสรุปข้อตรวจพบ กระดาษทำการ สรุปผลการตรวจสอบ เป็นต้น

แหล่งข้อมูล : หน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

สูตรการคำนวณตัวชี้วัด : $(A / B) \times 100$

กำหนดให้ A = จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครที่ผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายในและการบริหารความเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนด

B = จำนวนหน่วยบริการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ที่ได้รับการประเมินและจัดส่งรายงานผลการประเมินให้ผู้ตรวจภายในระดับจังหวัดภายในระยะเวลาที่กำหนด

ระยะเวลาประเมินผล : ปีละ ๑ ครั้ง

เกณฑ์การให้คะแนน ตามผลงาน :

เกณฑ์การให้คะแนน					
ระดับค่าคะแนน	๑ คะแนน	๒ คะแนน	๓ คะแนน	๔ คะแนน	๕ คะแนน
ผลงานที่ได้	ร้อยละ ๕๐-๕๙	ร้อยละ ๖๐-๖๙	ร้อยละ ๗๐-๗๙	ร้อยละ ๘๐-๘๙	ร้อยละ ๙๐ ขึ้นไป

ผลงานในรอบปีที่ผ่านมา

ชื่อ KPI	ปี ๒๕๖๔		ปี ๒๕๖๕		ปี ๒๕๖๖	
	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน	เป้าหมาย	ผลงาน
ร้อยละของส่วนราชการและหน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์การประเมินการตรวจสอบภายใน การควบคุมภายใน และการบริหารความเสี่ยง	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๘.๐๖	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๖.๖๕	ร้อยละ ๙๐	ร้อยละ ๙๘.๒๑

การรายงานผล (ผ่านระบบโปรแกรม)

ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด : นางสาวอาทิตยา รังกะริน

กลุ่มงาน : บริหารทั่วไป