**1.กลุ่มหญิงตั้งครรภ์**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
|
| 1 | ร้อยละของภาวะตกเลือดหลังคลอด | S2 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 2 | ร้อยละของภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด (ไม่เกิน 25 ต่อการเกิดมีชีพพันคน) | S2 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 3 | ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ12สัปดาห์ | S2 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 4 | การให้บริการ ANC คุณภาพในโรงพยาบาล | S2 | การประเมิน | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 5 | ห้องคลอดคุณภาพ | S2 | การประเมิน | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 6 | การให้บริการ WCC คุณภาพ | S2 | การประเมิน | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 7 | ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ | S2 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 8 | ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน | S2 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 9 | ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ | S2 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 10 | ร้อยละของเด็กตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงอายุตํ่ากว่า 6 เดือนแรก มี ค่าเฉลี่ยกินนมแม่อย่างเดียว | S3 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1. ร้อยละของภาวะตกเลือดหลังคลอด** |
| **คำนิยาม** | **การตกเลือดหลังคลอด** (Postpartum hemorrhage: PPH) คือ ภาวะซึ่งมี[การเสียเลือด](http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%95%E0%B8%81%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%94)หลัง[การคลอด](http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94) ตั้งแต่ 500 [ซีซี](http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%A1%E0%B8%B4%E0%B8%A5%E0%B8%A5%E0%B8%B4%E0%B8%A5%E0%B8%B4%E0%B8%95%E0%B8%A3) ขึ้นไปสำหรับ[การคลอดทางช่องคลอด](http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B8%8A%E0%B9%88%E0%B8%AD%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94) หรือตั้งแต่ 1000 ซีซี ขึ้นไปสำหรับ[การผ่าตัดคลอด](http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9C%E0%B9%88%E0%B8%B2%E0%B8%95%E0%B8%B1%E0%B8%94%E0%B8%84%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%94) หรือระดับความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 10 เมื่อเทียบกับระดับความเข้มข้นของเลือดก่อนคลอด  **การประเมินการเสียเลือดในภาวะตกเลือดหลังคลอด** โดยทั่วไปการประเมินการเสียเลือดมีหลากหลายวิธี และมักจะมีการประเมินน้อยกว่าความเป็นจริงเสมอ ดังนั้นการนำเอาอาการแสดงทางคลินิกที่สัมพันธ์กับการเสียเลือดมาพิจารณาร่วมด้วยน่าจะช่วยในการประเมินได้ แต่อย่างไรก็ตามยังต้องอาศัยความชำนาญและการดูแลผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วเพื่อให้การรักษารวดเร็วตามไปด้วย  **การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด** แพทย์จะให้การวินิจฉัยภาวะตกเลือดหลังคลอด ตามรหัส ICD 10 TM = O72 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่เกินร้อยละ 5 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกำแพงเพชรจำนวน 11 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของโรงพยาบาล ให้รหัสการวินิจฉัย O72 |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม, รายงานเฝ้าระวังสุขภาพแม่และเด็ก |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดภายหลังการคลอด  ทางช่องคลอดและโดยการผ่าตัดคลอด (รหัส ICD 10 TM =O72) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนการคลอดทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์สำนักงาน : 055 705188 ต่อ 136  โทรศัพท์มือถือ 086 2170066 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2.อัตราของภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด** |
| **คำนิยาม** | อัตราของภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด หมายถึง ทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจนระหว่างคลอด โดยการประเมินจำนวนชีพคะแนน(Apgar score) ที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ที่มาคลอด ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงเวลาที่กำหนด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่เกิน 25 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทารกเกิดมีชีพที่คลอดในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกำแพงเพชรจำนวน 11 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของโรงพยาบาล |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม, รายงานเฝ้าระวังสุขภาพแม่และเด็ก |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนทารกแรกเกิด Apgar score ที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 หรือข้อมูลวินิจฉัยโรค ICD 10 TM รหัส P210, P211, P219 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนทารกเกิดมีชีพทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 1000 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์สำนักงาน : 055 705188 ต่อ 136  โทรศัพท์มือถือ 086 2170066 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **3.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์** |
| **คำนิยาม** | หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์เมื่อรู้ตัวว่าตั้งครรภ์ให้รีบมาฝากครรภ์ทันทีโดยอายุครรภ์ต้องไม่เกิน 12 สัปดาห์ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุขอายุครรภ์ก่อนหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการสาธารณสุข |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์สำนักงาน : 055 705188 ต่อ 136  โทรศัพท์มือถือ 086 2170066 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **4.ร้อยละของบริการ ANC คุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | **ระบบบริการ ANC คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข** หมายถึง การจัดระบบบริการในการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ที่พิสูจน์แล้วว่า เป็นประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ประกอบด้วย   1. ซักประวัติการตั้งครรภ์ในอดีต การตั้งครรภ์ในปัจจุบัน โรคทางอายุรกรรม เช่น เบาหวาน โรคหัวใจฯ สารเสพติด สุรา การสูบบุหรี่ ความพร้อมการตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร 2. คัดกรองความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เพื่อแยกหญิงตั้งครรภ์ปกติหรือมีภาวะเสี่ยง ถ้ามีความเสี่ยงให้ส่งต่อแพทย์เพื่อดูแลเฉพาะ(Case management) 3. ตรวจคัดกรองและตรวจยืนยันเมื่อมีข้อบ่งชี้ โรคถ่ายทอดทางพันธุกรรม ได้แก่โรคธาลัสซีเมีย down syndrome ภาวะพร่องธัยรอยด์แต่กำเนิด 4. ตรวจร่างกาย ตรวจครรภ์ ตรวจหาซิฟิลิส (ให้การรักษาหากผลเป็นบวก) การติดเชื้อเอดส์ ตรวจหมู่เลือด (ABO and RH) ความเข้มข้นของเลือด(Hct/Hb) ตรวจอนามัยในช่องปาก ตรวจปัสสาวะด้วย urine dipstick ตรวจภายในเพื่อตรวจความผิดปกติและการติดเชื้อในช่องคลอด(โดยใช้ Speculum หากหญิงตั้งครรภ์สมัครใจและไม่มีข้อห้าม) ตรวจอัลตร้าซาวน์ ประเมินความเครียด และฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก 5. ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร แจ้งและอธิบายผลการประเมิน ให้คำแนะนำการบริโภคอาหาร และจ่ายยาเม็ดเสริมไอโอดีน ธาตุเหล็ก และโฟเลทในหญิงตั้งครรภ์ตลอดการตั้งครรภ์ 6. การให้ความรู้ตามมาตรฐานโรงเรียนพ่อแม่รายกลุ่ม พร้อมข้อแนะนำที่หญิงตั้งครรภ์จะนำไปเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนได้ด้วยตนเอง 7. จัดให้มีช่องทาง ติดต่อระหว่างผู้รับบริการกับเจ้าหน้าที่ฯได้ 24 ชั่วโมงเพื่อให้การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทุกแห่งตั้งแต่ระดับ รพช.ขึ้นไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **แหล่งข้อมูล** | สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ รพช.ขึ้นไป ที่ให้บริการตามมาตรฐาน ANC คุณภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลตั้งแต่ระดับ รพช.ขึ้นไปทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์สำนักงาน : 055 705188 ต่อ 136  โทรศัพท์มือถือ 086 2170066 |

|  |
| --- |
| **ตัวชี้วัด : ร้อยละของบริการ ANC คุณภาพ** |
| เกณฑ์การประเมิน :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | | 1. มีการวางแผนเชิงระบบ ร่วมกับในระดับอำเภอ 2. พัฒนาความรู้ ทักษะ ให้บุคลากรทุกระดับ 3. พัฒนาระบบ บริการของหน่วยบริการและจัดบริการให้ได้มาตรฐาน 4. ค้นหาหญิงตั้งครรภ์เสี่ยง และให้การดูแลราย case 5. รพ.สต.ค้นหาหญิงตั้งครรภ์และส่งต่อฝากท้องเร็วและมาเป็นคู่ 6. ในกรณีที่มีแม่และทารกเสียชีวิต ให้มีการสืบสวนสาเหตุการตายและรายงาน สสจ 7. ประชุม MCH Board ระดับอำภอ แก้ไขปัญหาเชิงระบบ 8. สสอ.และ รพ. นิเทศ ติดตามเยี่ยม หน่วยบริการ | 1. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ 2. ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักฯและส่งจังหวัดประเมิน 3. ดำเนินงานตามแผนฯที่วางไว้ 4. ประชุมMCH Board ระดับอำเภอตามงาน 5. สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ ฝากท้องเร็วมาเป็นคู่ 6. กรณีแม่และทารกเสียชีวิต สอบสวนสาเหตุการตายและรายงาน สสจ. | 1. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ 2. ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว และส่งจังหวัด 3. ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้ 4. จัดประชุม MCH Board ระดับอำเภอ 5. สื่อท้องถิ่นประชาสัมพันธ์ ฝากท้องเร็วมาเป็นคู่ 6. กรณีแม่และทารกเสียชีวิต สอบสวนสาเหตุการตายและรายงาน สสจ | 1. จัดรณรงค์วันแม่แห่งชาติและประชาสัมพันธ์ให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน/เท่ากับ 12 สัปดาห์ และมาเป็นคู่  2. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ ประมวล นำเสนอ  3. ประเมินตนเองตามมาตรฐานโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว และส่งจังหวัด  4. ดำเนินงานตามแผนที่วางไว้  5. จัดประชุม MCH Board ระดับอำเภอ  6. เตรียมสรุปงานและเตรียมข้อมูลวางแผนปีต่อไป | |
| วิธีการประเมินผล :  ขั้นตอนที่ 1 ดู ตรวจสอบ สอบถาม แผนการดำเนินงาน ว่าเชื่อมโยง แก้ไขปัญหาจากจังหวัด อำเภอ ตำบล  และทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฯ  ขั้นตอนที่ 2 ตรวจสอบว่ามีแผนการนิเทศเฉพาะกิจ ติดตาม ช่วยเหลือหน่วยบริการฯ  ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การประมวลและสรุปสถานการณ์ฯ  ขั้นตอนที่ 4 สังเกตการณ์จัดบริการ ANC ตรวจสอบระบบการส่งต่อผู้รับบริการในระยะฉุกเฉิน ดู Flow chart  ขั้นตอนที่ 5 รายงานการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทุกระดับ ความรู้ ทักษะตามสภาพปัญหา  ขั้นตอนที่ 6 รายงานการประชุม MCH Board ระดับอำเภอ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **5.ร้อยละของห้องคลอด คุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | **ห้องคลอดคุณภาพ** หมายถึง   1. ห้องคลอดจัดบริการได้ตรงตามมาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดของแพทย์และพยาบาล 2. มีกระบวนการป้องกันและควบคุมความเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิดที่สามารถป้องกันอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์สำคัญได้เป็นอย่างดี  * มารดาเสียชีวิตในห้องคลอดน้อยกว่า 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนราย * มารดาตกเลือดหลังคลอดไม่เกินร้อยละ 5 * ทารกเสียชีวิตไม่เกิน 15 ต่อการเกิดมีชีพพันคน * ทารกขาดออกซิเจนระหว่างคลอดไม่เกิน 25 ต่อการเกิดมีชีพพันคน  1. มีกระบวนการคัดกรองการตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยง (High risk pregnancy) ตั้งแต่จุดแรกรับและจัดส่งต่อโรงพยาบาลที่มีสูติแพทย์ประจำทันที 2. มีกระบวนการประเมินระยะรอคลอดโดยใช้กราฟดูแลการคลอด(Partograph) และให้พิจารณาส่งต่อเมื่อกราฟผ่านเส้น Alert Line โดยต้องพิจารณาถึงความเร็วในการส่งต่อให้ถึงมือสูติแพทย์ก่อนเวลาที่กราฟจะถึง Alert Line (ภายใน 4 ชั่วโมงหลังจากผ่านเส้น Alert Line) 3. มีกระบวนการเสริมสร้างสุขภาพทั้งมารดาและทารกตามแนวทางของโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัวของกระทรวงสาธารณสุข |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลชุมชน (F2) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **แหล่งข้อมูล** | สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลชุมชน(F2) ที่ผ่านเกณฑ์การประเมิน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชน(F2) ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์สำนักงาน : 055 705188 ต่อ 136  โทรศัพท์มือถือ 086 2170066 |

|  |
| --- |
| **ตัวชี้วัด : ร้อยละของห้องคลอดคุณภาพ** |
| เกณฑ์การประเมิน :   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน | | 1-3 | 3-4 | 5 | 6-7 | |
| วิธีการประเมินผล :  ขั้นตอนที่ 1 MCH Board ระดับจังหวัด ทบทวนและเพิ่มเติมบทบาทคณะกรรมการ อาทิ   * กำหนดเกณฑ์และระบบการส่งต่อผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง * กำกับให้สถานบริการที่รับผิดชอบ ให้การดูแลผู้คลอดตามการคลอดมาตรฐาน * ร่วมประชุมและทบทวนการดูแลมารดาที่เสียชีวิตในระยะคลอด ส่งคณะกรรมการกำกับการคลอดมาตรฐาน ภายใน 7 วัน   ขั้นตอนที่ 2 จัดตั้งคณะกรรมการกำกับการคลอดมาตรฐาน โดยมีประธาน MCH Board เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการ  ขั้นตอนที่ 3 สำรวจสถานที่ อุปกรณ์ และบุคลากรของโรงพยาบาลทั้งหมดเพื่อแยก / กำหนดเป็นโรงพยาบาลสำหรับการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ High Risk / Low Risk ตลอดจนการเสริมอุปกรณ์ที่ขาดแคลน เช่น transport incubator  ขั้นตอนที่ 4 เข้ารับการอบรมการคลอดมาตรฐาน ครอบคลุมสถานบริการและบุคลากรกลุ่มเป้าหมาย(4กลุ่มๆละ 3 เขต เดือนละ 2 กลุ่ม หรือเดือนละ 2 ครั้งๆ ละ 1 เขต ) ได้แก่   * การใช้คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน * การใช้ Admission record เพื่อแยกการคลอดของสตรีตั้งครรภ์ high risk และ low risk * การดูแลผู้คลอดตามระบบที่กำหนด * การใช้แนวทางการดูแลภาวะตกเลือดหลังคลอด ในรายที่มีความเสี่ยงต่อภาวะ PPH * การใช้ electronic fetal monitoring record, แนวทางการเฝ้าระวังภาวะ Birth asphyxia ในรายที่มี   ขั้นตอนที่ 5 รับการสุ่มตรวจ ติดตาม และประเมินโรงพยาบาลต่างๆ ว่ามีการใช้และดำเนินการตามระบบที่กำหนดหรือไม่ ได้แก่   * Case ที่มี neonatal asphyxia (apgar score ที่ 5 นาที ≤ 7) * Case ที่มี PPH   ขั้นตอนที่ 6 ทบทวนและปรับปรุงแบบฟอร์มและระบบบริการให้เหมาะสมกับแต่ละกลุ่มโรงพยาบาล  ขั้นตอนที่ 7 ทบทวนการดูแลมารดาทุกรายที่เสียชีวิตในระยะคลอด โดย MCH Board ทุกระดับและคณะกรรมากรกำกับการคลอดมาตรฐานฯ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **7.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์** |
| **คำนิยาม** | หญิงตั้งครรภ์ได้รับการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีประวัติมาฝากครรภ์ตามนัดจำนวน 5 ครั้ง ดังนี้  ครั้งที่ 1 ก่อนอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์)  ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครรภ์ 18 สัปดาห์ (บวก/ลบได้ 2 สัปดาห์)  ครั้งที่ 3 เมื่ออายุครรภ์ 26 สัปดาห์ (บวก/ลบได้ 2 สัปดาห์)  ครั้งที่ 4 เมื่ออายุครรภ์ 32 สัปดาห์ (บวก/ลบได้ 2 สัปดาห์)  ครั้งที่ 5 เมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ (บวก/ลบได้ 2 สัปดาห์) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 60 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในสถานบริการสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหญิงคลอดที่มีประวัติได้รับการดูแลก่อนคลอดครบทั้ง 5 ครั้งตามเกณฑ์ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหญิงคลอดทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์สำนักงาน : 055 705188 ต่อ 136  โทรศัพท์มือถือ 086 2170066 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **8.ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน** |
| **คำนิยาม** | หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์และได้รับยาเม็ดที่มีไอโอดีน ปริมาณ 150-200 ไมโครกรัมต่อเม็ด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์ทุกรายที่มารับบริการฝากครรภ์ในสถานบริการสาธารณสุข |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์สำนักงาน : 055 705188 ต่อ 136  โทรศัพท์มือถือ 086 2170066 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **9.ร้อยละของหญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์** |
| **คำนิยาม** | หญิงหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ หมายถึง มารดาหลังคลอดและลูกได้รับการเยี่ยม/ดูแลหลังคลอด โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และหรือ อสม.ตามเกณฑ์ จำนวน 3 ครั้งดังนี้   * ครั้งที่ 1 เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก)ในสัปดาห์แรกอายุบุตรไม่เกิน 7 วันนับถัดจากวันคลอด * ครั้งที่ 2 เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก)ในสัปดาห์ที่ 2 ตั้งแต่บุตรอายุ 8 วันแต่ไม่เกิน 15 วัน นับถัดจากวันคลอด * ครั้งที่ 3 เยี่ยมหลังคลอด(ทั้งแม่และลูก) ตั้งแต่บุตรอายุ 16 วันแต่ไม่เกิน 42 วัน นับถัดจากวันคลอด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 65 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | มารดาและลูกหลังคลอดที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของสถานบริการนั้นๆ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนมารดาหลังคลอดได้รับการดูแลครบ 3 ครั้งตามเกณฑ์ ในเวลาที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนมารดาหลังคลอด 6 สัปดาห์ ในเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์สำนักงาน : 055 705188 ต่อ 136  โทรศัพท์มือถือ 086 2170066 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **10.ร้อยละของเด็กตั้งแต่ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนแรก มีค่าเฉลี่ย กินนมแม่อย่างเดียว** |
| **คำนิยาม** | เด็กแรกเกิดจนถึงอายุ 5 เดือน 29 วัน กินนมแม่อย่างเดียว  (ถามด้วยคำถาม “24 ชั่วโมงที่ผ่านมาให้ลูกกินอะไรบ้าง” แล้วนับเฉพาะแม่ที่ตอบว่ากินนมแม่อย่างเดียว) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของหน่วยบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน ในเขตรับผิดชอบที่กินนมแม่อย่างเดียวภายใน 24 ชั่วโมง ในช่วงเวลาที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนทารกแรกเกิดจนถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือน ในเขตรับผิดชอบทั้งหมด ในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ  โทรศัพท์สำนักงาน : 055 705188 ต่อ 136  โทรศัพท์มือถือ 086 2170066 |

**2.กลุ่มอายุ0-5ปี**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปีได้รับรับวัคซีนป้องกันโรคหัด | S3 | MIS | ควบคุมโรค |
| 2 | ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ | S3 | MIS | ควบคุมโรค |
| 3 | ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน | S3 | MIS | สุขศึกษา |
| 4 | ร้อยละของเด็กไทยที่มีปัญหาทางด้านสติปัญญาได้รับการแก้ไข | S3 | สำรวจ | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 5 | ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย | S3 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 6 | ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย | S3 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 7 | 7.1ร้อยละของเด็กต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปาก | S3 | สำรวจ | ทันต |
| 7.2ร้อยละผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะในการแปรงฟัน |
| 7.3เด็กได้รับฟูลออไรล์วานิช |
| 8 | ร้อยละของเด็กปฐมวัยมีปัญหาฟันน้ำนมผุ | S3 | MIS | ทันต |
| 9 | ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภท ตามเกณฑ์ | S3 | MIS | ควบคุมโรค |
| 17.1 JE3 |
| 17.2 DTP5 |
| 17.3 OPV5 |
| 10 | ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน | S3 | MIS | สุขศึกษา |
| 11 | ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย | S3 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1. ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด** |
| **คำนิยาม** | **เด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด** หมายถึง เด็กอายุครบ 1 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีนที่มีองค์ประกอบของไวรัสหัด (M, MR, MMR) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 95 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กอายุครบ 1 ปีในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ รายงวด |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ และฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานนั้น  ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี ที่อยู่อาศัยในพื้นที่ ในงวดรายงานนั้น |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ  นายวันชัย จำรัสศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 084-0487504 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2. ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่า**  **ร้อยละ 90**  **2.1 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน BCG**  **2.2 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP-HB3**  **2.3 ร้อยละของเด็กอายุ 1 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV3** |
| **คำนิยาม** | **เด็ก 1 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์** หมายถึง เด็กอายุครบ 1 ปี ใน งวดที่รายงาน ได้รับวัคซีน BCG, DTP-HB3, OPV3 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ มีอายุครบ 1 ปี ในงวดรายงาน (เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 1 ปี เช่น รายงานรอบ 6 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 1 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2555 – 31 มีนาคม 2556) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม และทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี อาศัยอยู่ในพื้นที่ในงวดรายงานได้รับวัคซีน BCG  A2 = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปีอาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานได้รับวัคซีน DTP-HB3  A3 = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานได้รับวัคซีน OPV3 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กอายุครบ 1 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงาน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | BCG = (A1/B) X1002/DTP-HB3 = (A2/B) X100/OPV3 = (A3/B) X100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ  นายวันชัย จำรัสศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 084-0487504 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2. ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่า**  **ร้อยละ 90**  **2.4 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP4**  **2.5 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV4**  **2.6 ร้อยละของเด็กอายุ 2 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE2** |
| **คำนิยาม** | **เด็ก 2 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์** หมายถึง เด็กอายุครบ 2 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีน DTP4, OPV4, JE2 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ มีอายุครบ 2 ปี ในงวดรายงาน (เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 2 ปี เช่น รายงานรอบ 6 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 2 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2554 – 31 มีนาคม 2555) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม และทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของ สถานบริการ |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานได้รับวัคซีนDTP4  A2 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานได้รับวัคซีน PV4  A3 = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานได้รับวัคซีน JE2 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กอายุครบ 2 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงาน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | DTP4 = (A1/B) X100  OPV4 = (A2/B) X100  JE2 = (A3/B) X100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ  นายวันชัย จำรัสศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 084-0487504 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **3.ร้อยละของเด็กอายุ 0-2ปี มีส่วนสูงระดับดีและมีรูปร่างสมส่วน** |
| คำอธิบาย/นิยาม | เด็กอายุ 0-2ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิด จนถึง 2 ปี เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีลักษณะการเจริญเติบโต 3 แบบ คือ  1. เด็กมีส่วนสูงระดับสูงตามเกณฑ์และมีรูปร่างสมส่วน  2. เด็กมีส่วนสูงระดับค่อนข้างสูงและมีรูปร่างสมส่วน  3. เด็กมีส่วนสูงระดับสูงกว่าเกณฑ์และมีรูปร่างสมส่วน |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
| เกณฑ์การให้คะแนน | 1 = ≤ 622 = 63 – 653 = 664 = 67 – 69  5 = ≥ 70 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | เด็กอายุแรกเกิด จนถึง 2 ปี |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | บันทึกข้อมูล ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพ.สต./รพ.ทุกแห่ง/datacenter สสจ. |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนเด็กส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนเด็กที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุก 3 เดือน (ปีละ 4 ครั้ง) |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | งานสารสนเทศและสุขศึกษา  นางสาวกำไลทิพย์ ระน้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 0816803375 นายภิภพ แก่งศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 089-7078237 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **4.เด็กนักเรียนที่ครูสงสัยว่าสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการประเมินความฉลาดทางสติปัญญา และได้รับการพัฒนา** |
| **คำนิยาม** | **เด็กนักเรียน** หมายถึง เด็กนักเรียนไทยอายุ 6 – 15 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 และมัธยมปีที่ 1 – 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน(สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา(สาธิตและราชภัฏ)  **สงสัยว่าสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์** หมายถึง เด็กที่มีการเรียนรู้ช้า หรือเด็กที่ครูสงวัยว่ามีสติปัญญาต่ำ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 70 ของเด็กนักเรียนที่ครูสงสัยว่าสติปัญญาต่ำกว่าเกณฑ์ได้รับการประเมินความฉลาดทางสติปัญญา และได้รับการพัฒนา |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กนักเรียนไทยอายุ 6 – 15 ปีที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 1 – 6 และมัธยมปีที่ 1 – 3 ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน(สพฐ.) สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา(สาธิตและราชภัฏ) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | พื้นที่ประสานข้อมูลกับโรงเรียนในเขตรับผิดชอบ |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงเรียนในเขตรับผิดชอบ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเด็กนักเรียนที่ครูสงสัยว่ามีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำได้รับการประเมินความฉลาดทางสติปัญญา และได้รับการพัฒนา |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กนักเรียนที่ครูสงสัยว่ามีความฉลาดทางสติปัญญาต่ำทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ  นางมรกต สมพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ o55-5528502 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **5. ร้อยละของเด็ก 0-2 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย** |
| **คำนิยาม** | **เด็กแรกเกิด-2** หมายถึง เด็กแรกเกิด - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน วันที่มารับบริการคลินิกเด็กดีคุณภาพ (WCC) ณ สถานบริการนั้นๆในช่วงระยะเวลาที่กำหนด (ตามแบบประเมินอนามัย 55)  **แบบประเมินอนามัย 55** หมายถึง แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ใช้เพื่อเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเด็กและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวส่งเสริมให้เด็กพัฒนาการสมวัย |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กแรกเกิด – 2 ปี ( 2 ปี 11 เดือน 29 วัน ) ที่มารับบริการที่คลินิก |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม ทุก 3 เดือนทุกแห่ง ( MIS ) |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต. / รพ. ทุกแห่งฐานข้อมูล 43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 2 ปี ที่ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัยที่คลินิกเด็กดีคุณภาพในเวลาที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 2 ปี ทั้งหมดที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดีคุณภาพในเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ  นางรมณีย์ ศิริไพบูลย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน 089 - 4509289 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **6. ร้อยละของเด็กที่มีพัฒนาการสมวัย** |
| **คำนิยาม** | **เด็กที่มีพัฒนาการสมวัย** หมายถึง เด็กแรกเกิด – 5 ปี ที่ได้รับตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์อนามัย 55 และผ่านทุกข้อ  **แบบประเมินอนามัย 55** หมายถึง แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ใช้เพื่อเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเด็กและให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย สามารถ download แบบประเมินได้ที่เวปไซด์โครงการโรงพยาบาลสายใยรักแห่งครอบครัว <http://www.saiyairakhospital.com>สถานบริการฯ ที่ประเมินเด็ก คือ รพ.สต. , รพท. , รพศ. , รพ.สส สังกัดกรมอนามัย และ ศูนย์เด็กเล็ก |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่า 85 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กแรกเกิด – 5 ปี ( 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ) ที่มารับบริการที่คลินิกและศูนย์เด็กเล็กเฉพาะที่เด็กอายุ 9 เดือน, 18 เดือน, 30 เดือน, และ 42 เดือนสุ่มในเดือนมีนาคม |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ฐานข้อมูล 43 แฟ้ม ( MIS ) |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต. / รพ. ทุกแห่งฐานข้อมูล 43 แฟ้ม และ ศูนย์เด็กเล็ก |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์และมีพัฒนาการปกติในช่วงเวลาที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กแรกเกิดถึงอายุ 5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ  นางรมณีย์ ศิริไพบูลย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน 089 - 4509289 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **7.ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจช่องปากและผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะการแปรงฟันให้แก่เด็ก และเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช แยกเป็นตัวชี้วัดย่อย 3 ตัว ดังนี้**  **7.1ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการตรวจและบันทึกสุขภาพช่องปาก**  **7.2ร้อยละของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ได้รับการฝึกปฏิบัติจริงการแปรงฟันให้เด็ก**  **7.3ร้อยละของเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มีความเสี่ยงฟันผุได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิชเพื่อป้องกันฟันผุ** |
| **คำนิยาม** | **เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี** หมายถึง เด็กอายุ 9 เดือน ถึง 2 ปี 11 เดือน 29 วัน ซึ่งเป็นเด็กที่มีชื่อและตัวตนอยู่ปรากฏ รวมทั้งเด็กที่ไม่มีชื่อแต่มีตัวตนอยู่ ทั้งนี้รวมทุกสัญชาติ  **การตรวจช่องปาก** หมายถึง ตรวจฟันผุและความสะอาดของฟันทั้งปาก โดยทันตบุคลากร หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข  **ผู้ดูแลเด็ก** หมายถึง พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี  **การฝึกทักษะการแปรงฟัน** หมายถึง ฝึกการแปรงฟันโดยลงมือปฏิบัติจริงให้แก่เด็ก เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม  **เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มีความเสี่ยงฟันผุ** หมายถึง เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่ยังไม่พบฟันผุแต่มีพฤติกรรมการกินและการทำความสะอาดช่องปากที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุหรือพบฟันผุระยะแรกเป็นรอยขุ่นขาว (white spot) บริเวณฟันหน้า  **การทาฟลูออไรด์วาร์นิช** หมายถึง การทาฟลูออไรด์วาร์นิชให้แก่เด็กเป็นรายบุคคล |
| เกณฑ์เป้าหมาย | 1) , 2) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 และ 3) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1) และ 3) เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี  2) พ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี  3) เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่มีความเสี่ยงฟันผุ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | วิธีรายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | คลินิกเด็กดีหรือคลินิกทันตกรรม |
| **รายการข้อมูล 1** | 1) A=จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีที่ได้รับการตรวจและบันทึกสุขภาพช่องปาก  2) A=จำนวนพ่อ แม่ หรือผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีที่ได้รับการฝึกปฏิบัติจริง  3) A=จำนวนเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี ที่ได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช |
| **รายการข้อมูล 2** | 1),2) B=จำนวนเด็กอายุ 9 เดือน - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน ทั้งหมดตามทะเบียนราษฎร์ ในปีงบประมาณที่แล้ว และ 3) B= เด็กอายุ 9 เดือน - 2 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มีความเสี่ยงฟันผุ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1** | 1), 2) และ 3) (A/B) x 100 |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต./สอ. และโรงพยาบาล |
| **วิธีการรายงาน / ความถี่ในการรายงาน** | ระบบรายงาน 43 แฟ้ม (dental/person) / MIS  ทุกเดือนที่มีผลงาน ใน 1ปี งบประมาณ |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด** | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนภูมิภาค / ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์ / โทรสาร** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  นางสาวชุติมันต์ ปลอดภัย โทร 088-286-0445 E-mail: <[Dentkpp@gmail.com](mailto:Dentkpp@gmail.com)>  0-5570-5188 ต่อ 150 / 0-5570-5200 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **8. ร้อยละของเด็กปฐมวัย (อายุ 3 ปี) มีปัญหาฟันน้ำนมผุ** |
| **คำนิยาม** | **เด็กอายุ 3 ปี** หมายถึงเด็กอายุ 3 ปีเต็มจนถึงอายุ 3 ปี 11 เดือน 29 วันซึ่งเป็นเด็กที่มีชื่อและตัวตนอยู่ปรากฏ รวมทั้งเด็กที่ไม่มีชื่อแต่มีตัวตนอยู่ ทั้งนี้เฉพาะสัญชาติไทย  **ฟันผุ** หมายถึงฟันที่มีรูผุที่ด้านใดด้านหนึ่งบนฟันหรือเป็นฟันผุที่กินลึกเข้าไปใต้เคลือบฟันมีพื้นหรือผนังนิ่ม รวมทั้งฟันผุที่ได้รับการบูรณะแล้ว |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่เกินร้อยละ 57 (หรือลดลงจากปีที่แล้วร้อยละ 1 ) |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กอายุ 3 ปี ในจังหวัดกำแพงเพชร |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | วิธีรายงานระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพโดยกรมอนามัย (Survey) |
| **แหล่งข้อมูล** | ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ โรงเรียนชั้นอนุบาล |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุน้ำนม (ตั้งแต่ 1 ซี่ขึ้นไป) |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนเด็กอายุ 3 ปีที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1** | (A/B)x100 |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต./ศสม.(ศูนย์บริการสุขภาพชุมชนเขตเมือง) และโรงพยาบาลทุกแห่ง |
| **วิธีการรายงาน / ความถี่ในการรายงาน** | ระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพโดยกรมอนามัย (Survey) จากระบบรายงานบันทึกข้อมูลผ่าน Web side: Yimsodsai.com ทุก 1 ปี ภายในสิ้นเดือนกรกฎาคมของทุกปี(จังหวัดกำแพงเพชร สำรวจโดย CUP และ รพ.สต./ศสม.) |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด** | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย / สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานจัดทำรายงานตัวชี้วัด** | ทพญ.ศรีสุดา ลีละศิธร โทร. 0 2590 4209 กรมอนามัย  น.ส.ณัฐมนัสนันท์ ศรีทอง โทร. 0 2590 4217  /สสจ.กพ. นายทัศนัย พิลึก โทร 088-286-0445 E-mail: Dentkpp@gmail.com |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนกลาง / ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์ / โทรสาร** | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนภูมิภาค / ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์ / โทรสาร** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  นายทัศนัย พิลึก โทร 088-286-0445 E-mail: <[Dentkpp@gmail.com](mailto:Dentkpp@gmail.com)>  0-5570-5188 ต่อ 150 / 0-5570-5200 |
| **การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์** | ข้อมูลในการเฝ้าระวังการเกิดโรคฟันผุของเด็กปฐมวัยและประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากในคลินิกเด็กดี และศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **9. ร้อยละของเด็ก 3-5 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่า**  **ร้อยละ 90**  **9.1 ร้อยละของเด็กอายุ 3 ปี ที่ได้รับวัคซีน JE3** |
| **คำนิยาม** | **เด็ก 3 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์** หมายถึง เด็กอายุครบ 3 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีน JE3 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ มีอายุครบ 3 ปี ในงวดรายงาน (เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 3 ปี เช่น รายงานรอบ 6 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 3 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 – 31 มีนาคม 2554) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม และทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานได้รับวัคซีน JE3 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กอายุครบ 3 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงาน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นายวันชัย จำรัสศรี งานควบคุมโรคติดต่อ |
|  | **9.2 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน DTP5**  **9.3 ร้อยละของเด็กอายุ 5 ปี ที่ได้รับวัคซีน OPV5** |
| **คำนิยาม** | **เด็ก 5 ปี ได้รับวัคซีนทุกประเภทตามเกณฑ์** หมายถึง เด็กอายุครบ 5 ปี ในงวดที่รายงานได้รับวัคซีน DTP5, OPV5 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กที่อาศัยในพื้นที่รับผิดชอบของสถานบริการ มีอายุครบ 5 ปี ในงวดรายงาน (เด็กเกิดในช่วงเดือนเดียวกับงวดที่รายงาน แต่ผ่านมาแล้ว 5 ปี เช่น รายงานรอบ 6 เดือนแรก เด็กที่มีอายุครบ 5 ปี ได้แก่ เด็กที่เกิดระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2551 – 31 มีนาคม 2552) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม และทะเบียนติดตามการได้รับวัคซีนในเด็กของสถานบริการ |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานได้รับวัคซีน DTP5  A2 = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงานได้รับวัคซีน OPV5 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กอายุครบ 5 ปี ที่อาศัยในพื้นที่ในงวดรายงาน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | DTP5 = (A1/B) X100 , OPV5 = (A2/B) X100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ  นายวันชัย จำรัสศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 084-0487504 |
| **ตัวชี้วัด** | 10.ร้อยละของเด็กอายุ 3-5ปี มีส่วนสูงระดับดีและมีรูปร่างสมส่วน |
| **คำอธิบาย/นิยาม** | เด็กอายุ 3-5ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 3 ปี จนถึง 5 ปี เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีลักษณะการเจริญเติบโต 3 แบบ คือ  1. เด็กมีส่วนสูงระดับสูงตามเกณฑ์และมีรูปร่างสมส่วน  2. เด็กมีส่วนสูงระดับค่อนข้างสูงและมีรูปร่างสมส่วน  3. เด็กมีส่วนสูงระดับสูงกว่าเกณฑ์และมีรูปร่างสมส่วน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
| **เกณฑ์การให้คะแนน** | 1 = <79 2 = 79 – 83 3 = 84 4 = 85 – 89  5 = ≥90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กอายุ 3 ปี จนถึง 5 ปี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูล ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพ.สต./รพ.ทุกแห่ง/datacenter สสจ. |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเด็กส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 3 เดือน (ปีละ 4 ครั้ง) |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานสารสนเทศและสุขศึกษา  นางสาวกำไลทิพย์ ระน้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 0816803375 นายภิภพ แก่งศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 089-7078237 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **11.ร้อยละของเด็กอายุ 3-5 ปี ได้รับการตรวจพัฒนาการตามวัย** |
| **คำนิยาม** | **เด็กอายุ 3-5 ปี** หมายถึง เด็กอายุตั้งแต่ 3 -5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่มารับบริการคลินิกเด็กดีคุณภาพ ( WCC ) ณ สถานบริการนั้นๆ ในช่วงระยะเวลาที่กำหนด  **อนามัย 55** หมายถึง แบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ใช้เพื่อเฝ้าระวังติดตามพัฒนาการเด็กและให้คำแนะนำแก่ครอบครัว ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กอายุ 3 -5 ปี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21 / 43 แฟ้ม ทุก 3 เดือน ( MIS ) |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต. / รพ. ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ที่ได้รับการตรวจประเมินพัฒนาการตามวัยที่คลินิกเด็กดีคุณภาพในเวลาที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กอายุ 3-5 ปี ที่มารับบริการที่คลินิกเด็กดีคุณภาพในเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานส่งเสริมสุขภาพ  กลุ่มนางรมณีย์ ศิริไพบูลย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  089 - 4509289 |

**3.กลุ่มวัยเรียน-วัยรุ่น**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี | S3 | MIS/สำรวจ | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 2 | คุณภาพการดำเนินงานส่งเสริมาการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา | S3 | ประเมิน/สำรวจ | เอดส์ |
| 3 | ร้อยละของเด็กนักเรียนที่มีภาวะอ้วน | S3 | MIS (เดิมยังไม่มี) | สุขศึกษา |
| 4 | คุณภาพของศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ(Psychosocial Clinic)และ เชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน เช่น ยาเสพติด บุหรี่ OSCC คลินิกวัยรุ่นฯลฯ | S2 | ประเมิน | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 5 | 27.1ความชุกของผู้บริโภคเครื่องดื่มมีออกอฮอล์ในประชากรอายุ 15-19 ปี | S3 | สำรวจ | คบส |
| 27.2ความชุกของผู้สูบบุหรี่ในประชากรอายุ 15-19 ปี | สำรวจ | คบส |
| 6 | 6.1ร้อยละของเด็กประถม 1ได้รับการตรวจช่องปาก | S3 | ระบบรายงานและwww.yimsodsai.com | ทันต |
| 6.2ร้อยละของเด็กประถม 1ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟัน |
| 7 | อัตราป่วยไข้เลือดออกลดลง ร้อยละ 20 ของMedian 5 ปี ย้อนหลัง (ต่อแสนปชก.) | S3 | รง.506 | ควบคุมโรค |
| 8 | ร้อยละของสมาชิก to be number one | S3 | รายงาน |  |
| 9 | ร้อยละของเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) มีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน | S3 | MIS | สุขศึกษา |
| 10 | ร้อยละของเด็ก 6-12 ปี ได้รับวัคซีนกระตุ้นทุกประเภทตามเกณฑ์ | S3 | MIS | ควบคุมโรค |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1. อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี** |
| **คำนิยาม** | จำนวนการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่เกิน 50 ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน |
| **เป้าหมายของจังหวัด** | ค่าเป้าหมาย 2557 (อัตราต่อ 1,000 ประชากร) |
|  | ระดับ 5 อัตราการคลอดปี 2556 ลดลงมากกว่า 5.0 ขึ้นไป |
|  | ระดับ 4 อัตราการคลอดปี 2556 ลดลง 2.6-5.0 |
|  | ระดับ 3 อัตราการคลอดปี 2556 ± 2.5 |
|  | ระดับ 2 อัตราการคลอดปี 2556 เพิ่มขึ้น 2.6-5.0 |
|  | ระดับ 1 อัตราการคลอดปี 2556เพิ่มขึ้นมาก5.0 ขึ้นไป |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หญิงตั้งครรภ์อายุ 15-19 ปี ที่มีการคลอดมีชีพ ทุกคน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | บันทึกข้อมูลใน HOS XP |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนการคลอดมีชีพของหญิงอายุ 15- 19 ปี 11 เดือน 29 วันทั้งหมดที่อยู่ในความรับผิดชอบ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหญิงอายุ 15- 19 ปี 11 เดือน 29 วัน ทั้งหมดที่อยู่ในความรับผิดชอบ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ปีละ 1 ครั้ง (มกราคม –ธันวาคม) ติดตามการการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวรวรรณ รินทพล งานส่งเสริมสุขภาพ 086-2170066  นางสดศรี คงธนะ งานส่งเสริมสุขภาพ 081-7272388 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2. คุณภาพการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในเด็กนักเรียนชายมัธยมศึกษา** |
| **คำนิยาม** | **การใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา** หมายถึง การสวมใส่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนทุกประเภทที่เป็นเพศหญิง ของนักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา  **ครั้งล่าสุด** หมายถึง ครั้งสุดท้ายในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา  **นักเรียนชายระดับมัธยมศึกษา** หมายถึง นักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (ม.5) ในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานในสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ  มีเป้าหมายความสำเร็จ 5 ขั้นตอน ดังนี้  1.มีคำสั่งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับอำเภอ จากทุกภาคส่วน  2,มีการประชุมคณะอนุกรรมการร่วมกับเยาวชน  3,องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวัยรุ่นไม่น้อยกว่าร้อยละ 40  4.เกิดกลไกการดำเนินงานมีการทำแผนร่วมกันทั้งในระดับอำเภอและตำบล  5.แผนปฎิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับอำเภอถูกบรรจุในแผนพัฒนาอำเภอโยผ่านคณะกรรมการ กพอ.และแผนระดับตำบลภูกบรรจุในข้อบัญญัติเทศบัญญัติ เกิดรูปแบบการดำเนินงานป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในวัยรุ่น  รอบที่ 2 วัดที่อัตรการใช้ถุงยางในเด็กนักเรียนชั้น ม.5 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ผ่านเกณฑ์คุณภาพระดับ 3/ร้อยละ 25 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพและสสอ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ประเมินคุณภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | สำรวจ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์  นางวิมานรดี รัตนประภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  นายชัยทัต ปัททุม นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 055-705187-8 ต่อ146 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัดที่** | **3.เด็กวัยเรียนอายุ 6 - 12 ปี มีภาวะอ้วน ไม่เกินร้อยละ 15** | | | | |
| **คำนิยาม** | 1. เด็กนักเรียน หมายถึง เด็กที่มีอายุ 6 ปี จนถึง 12 ปีเต็ม**ภาวะอ้วน** หมายถึง น้ำหนักของเด็กเมื่อเทียบกับมาตรฐานที่ส่วนสูงเดียวกันอ่านผลได้ที่จุดเริ่มอ้วนและอ้วน (มากกว่าหรือเท่ากับ + 2 S.D. ขึ้นไป) จากกราฟแสดงเกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของกรมอนามัย 2. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกระดับ หมายถึง โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแดง ระดับเงิน ระดับทอง และระดับเพชร 3. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกระดับที่นักเรียนมีภาวะอ้วนมากกว่าร้อยละ 10 ต้องมีการจัดการด้านอาหารโภชนาการ(องค์ประกอบที่ 7) และการออกกำลังกาย (องค์ประกอบที่ 8) ที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นจากสถานการณ์เดิมร้อยละ 70 ในองค์ประกอบที่ 7 หมายถึง 3.1 สถานการณ์เดิมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดกำแพงเพชร ผ่านเกณฑ์ระดับทอง ปี 2556 จำนวน 341 โรงเรียน ร้อยละ 74.45 (จากโรงเรียนทั้งหมด จำนวน 458 โรงเรียน) จะต้องผ่านองค์ประกอบที่ 7 ร้อยละ 70 จำนวน 239โรงเรียน 3.2 สถานการณ์เดิมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดกำแพงเพชร ผ่านเกณฑ์ระดับเงิน ปี 2556 จำนวน 65 โรงเรียน ร้อยละ 14.25 (จากโรงเรียนทั้งหมด จำนวน 458 โรงเรียน) จะต้องผ่านองค์ประกอบที่ 7 ร้อยละ 70 จำนวน 46 โรงเรียน 3.3 สถานการณ์เดิมโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพของจังหวัดกำแพงเพชร ผ่านเกณฑ์ระดับทองแดง ปี 2556 จำนวน 31 โรงเรียน ร้อยละ 6.79 (จากโรงเรียนทั้งหมด จำนวน 458 โรงเรียน) จะต้องผ่านองค์ประกอบที่ 7 ร้อยละ 70 จำนวน 22 โรงเรียน | | | | |
|  | 4. องค์ประกอบที่ 7 โภชนาการและอาหารที่ปลอดภัย หมายถึง 4.1 นักเรียนทุกระดับชั้นได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และประเมินภาวะโภชนาการ ปีละ 2 ครั้ง (เดือนพฤศจิกายน และเดือนมิถุนายน) 4.2 นักเรียนที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์เริ่มอ้วน และอ้วน ได้รับการแก้ไข โดยปรับพฤติกรรม 2 ด้าน คือ กินอาหารหวาน มัน เค็ม ลดลงและกินผัก 4 ช้อนกินข้าว ผลไม้ 8 ชิ้นคำ ในมื้อกลางวันเพิ่มขึ้น และจัดกิจกรรมออกกำลังกายเพิ่มขึ้น 4.3 โรงเรียนจัดกิจกรรมอื่นๆที่ควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กอ้วนในเด็กนักเรียน เช่น จัดกิจกรรมค่ายลดอ้วน รณรงค์ในวันสำคัญ เสียงตามสาย ฯลฯองค์ประกอบที่ 8 หมายถึง การดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เกิดกิจกรรมการออกกำลังกาย กีฬา และนันทนาการ โดยกำหนดเป็นนโยบาย และการบริหารจัดการในโรงเรียน | | | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่เกินร้อยละ 15 | | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนน** | **1 = >20** | **2=ร้อยละ**  **16 - 20** | **3 = ร้อยละ**  **11 - 15** | **4 = ร้อยละ**  **6 - 10** | **5 = ≤ 5** |
| **ประชากรเป้าหมาย** | เด็กวัยเรียน อายุ 6 - 12 ปี ในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพทุกสังกัด | | | | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ระบบรายงาน (เพิ่มใน MIS) ดำเนินการ ปีละ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 เดือนธันวาคม 2556 ครั้งที่ 2 เดือนกรกฎาคม 2556 | | | | |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท./ รพช./ สสอ./ รพ.สต | | | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเด็กอายุ 6 - 12 ปี มี ภาวะเริ่มอ้วน และอ้วน | | | | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็ก 6 - 12 ปี ที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด | | | | |
| **สูตรการคำนวณ** | ( A / B ) X 100 | | | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางสาวกำไลทิพย์ ระน้อย นวก.สธ ชำนาญการพิเศษ มือถือ081-6803375นางสาวนงนวล พูลเกษร นวก.สธ ชำนาญการ มือถือ 089 - 6421314 | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **4. คุณภาพของศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ (Psychosocial Clinic) และเชื่อมโยงกับระบบช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน เช่น ยาเสพติด บุหรี่ OSCC คลินิกวัยรุ่น ฯลฯ** | | | | | |
| **คำนิยาม** | **ศูนย์ให้คำปรึกษาคุณภาพ**(Psychosocial Clinic) หมายถึง หน่วยงานระดับโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดบริการเพื่อดูแลช่วยเหลือทางด้านสังคมจิตใจ(Psychosocial Care) ครบทั้ง 4 ด้านดังนี้  1.ด้านบุคลากร : มีผู้รับผิดชอบการดูแลสังคมจิตใจ ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพตามประเด็นสำคัญ  2.ด้านบริการ : มีการใช้กระบวนการให้การดูแลด้านสังคมจิตใจ และ/หรือการให้คำปรึกษาในประเด็น สุรา/ยาเสพติด ท้องไม่พร้อม ความรุนแรง โรคเรื้อรัง/เอดส์ มีการส่งต่อบริการและการติดตาม  3.ด้านบูรณาการ : มีการเชื่อมโยงระบบดูแลช่วยในภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน (OHOS) , ระบบการช่วยเหลือทางสังคมในผู้ได้รับผลกระทบจากความรุนแรงในครอบครัว (OSCC) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในคลินิกโรคเรื้อรัง  4.ด้านส่งเสริมป้องกัน: มีการจัดการงานส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต สำหรับกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงต่อปัญหาเฉพาะ | | | | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 70 | | | | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทุกแห่ง | | | | | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | นิเทศ ติดตามประเมินผล โดยสำนักสาธารณสุขจังหวัด และรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อให้ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต | | | | | |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลชุมชน | | | | | |
| **เกณฑ์การประเมินระดับหน่วยงาน(รพช.)** | ระดับคะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ผลการดำเนินงาน | ผ่านเกณฑ์ระดับ 1 | ผ่านเกณฑ์ระดับ 2 | ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 | ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 | ผ่านเกณฑ์ระดับ 5 |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่มีการจัดบริการดูแลช่วยเหลือทางสังคมจิตใจทุกกลุ่มวัย ครบทั้ง 4 ด้าน(ผ่านเกณฑ์ระดับ 3) | | | | | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายบริการ | | | | | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 | | | | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ  นางมรกต สมพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 081-5528502 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **5.ความชุกของผู้ดื่มสุราและสูบบุหรี่ลดลง** | | | | | |
| **คำอธิบาย/นิยาม** | ผู้ดื่มสุราหมายถึงผู้ที่เคยดื่มสุราในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา  ผู้สูบบุหรี่หมายถึง ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ในรอบ 30 วันที่ผ่านมา | | | | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ความชุกผู้ดื่มสุราไม่เกินร้อยละ 13 ความชุกผู้สูบบุหรี่ไม่เกินร้อยละ 15 | | | | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชากรอายุ 15- 19 ปี | | | | | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จากระบบ สำรวจ | | | | | |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลและรพ.สต.ทุกแห่ง | | | | | |
| **รายการข้อมูล 1** | A = ผู้ดื่มสุรา อายุ 15-19 ปีในพื้นที่ C = ผู้สูบบุหรี่ อายุ 15-19 ปีในพื้นที่ | | | | | |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนประชากร 15 -19 ปีทั้งหมดในพื้นที่ | | | | | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1. (A/B) x 100 /2. (C/B) x 100 | | | | | |
| **เกณฑ์การประเมิน** | ระดับคะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ความชุกดื่มสุรา | > 16 | 15-15.9 | 14-14.9 | 13-13.9 | < 13 |
| ความชุกสูบบุหรี่ | > 18 | 17-17.9 | 16-16.9 | 15-15.9 | < 15 |
| **ผู้รับผิดชอบ** | กลุ่มงานคบส 055 – 705187-88 ต่อ 171 | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **6.ร้อยละของเด็กประถมศึกษาปีที่ 1 ได้รับการตรวจช่องปาก และเคลือบหลุมร่องฟัน**  **6.1ร้อยละของเด็ก ป.1 ได้รับการตรวจและบันทึกสุขภาพช่องปาก**  **6.2ร้อยละของเด็ก ป.1ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งบนและล่างที่ขึ้นเต็มซี่แล้วที่ยังไม่ผุ** |
| **คำนิยาม** | **เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 หมายถึง** เด็กอายุ 6ปีเต็มถึง7ปี 11 เดือน 29 วัน ซึ่งเป็นเด็กที่มีชื่อและตัวตนอยู่ปรากฏ รวมทั้งเด็กที่ไม่มีชื่อแต่มีตัวตนอยู่ ทั้งนี้รวมทุกสัญชาติ  **การตรวจสุขภาพช่องปาก** หมายถึง การตรวจและบันทึกสุขภาพช่องปากอย่างละเอียดและวางแผนการรักษาอย่างสมบูรณ์  **การเคลือบหลุมร่องฟัน** หมายถึง การใช้วัสดุเคลือบหลุมร่องฟัน บนหลุมร่องฟันที่ลึกของฟันกรามแท้ซี่ที่หนึ่งซึ่งได้รับการตรวจแล้วว่ายังไม่ผุและขึ้นเต็มซี่แล้ว |
| เกณฑ์เป้าหมาย | 1) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 852) ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กประถมศึกษาปีที่ 1 รวมทุกสัญชาติ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | วิธีรายงานระบบเฝ้าระวังทันตสุขภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงเรียนประถมศึกษาทุกสังกัด |
| **รายการข้อมูล 1** | 1) A1=จำนวนเด็ก ป.1 ที่ได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากในแต่ละรอบ 6 เดือน(เทอม)  2) A2=จำนวนเด็ก ป.1 ที่ได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันในแต่ละรอบ 6 เดือน (เทอม) |
| **รายการข้อมูล 2** | 1) B =จำนวนเด็ก ป.1 ตามข้อมูลของสพฐ. ตามปีการศึกษาในปีงบประมาณนั้นๆ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1** | 1) (A1/B)x100 (6 เดือนแรก) + (A1/B)x100 (6 เดือนหลัง)  2) (A2/B)x100 (6 เดือนแรก) + (A2/B)x100 (6 เดือนหลัง) |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต./ศสม. และโรงพยาบาลทุกแห่ง |
| **วิธีการรายงาน / ความถี่ในการรายงาน** | จากระบบรายงานบันทึกข้อมูลผ่าน Web side: Yimsodsai.com ทุกเดือนที่มีผลงานใน 1 ปีงบประมาณ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานจัดทำรายงานตัวชี้วัด** | ทพญ.ปิยะดา ประเสริฐสมโทร 0 2590 4209 นางขนิษฐ์ รัตนรังสิมา โทร 0 2590 4204 น.ส.ณัฐมนัสนันท์ ศรีทอง โทร. 0 2590 4217 |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนภูมิภาค / ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์ / โทรสาร** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  นางสาวพยอม คำอาจ โทร 089-702-4228 Email: <[Dentkpp@gmail.com](mailto:Dentkpp@gmail.com)>  0-5570-5188 ต่อ 150 / 0-5570-5200 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **7.อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกลดลง** |
| **คำนิยาม** | **อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกลดลง** หมายถึง อัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี ตามปีปฏิทิน  1**. โรคไข้เลือดออก** หมายถึง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกและหรือมีผลตามเกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการว่าป่วยด้วยไข้เลือดออกทุกกลุ่มอาการ ได้แก่ Dengue Fever (DF), Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) และ Dengue Shock Syndrome (DSS)  2. **อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก** หมายถึง จำนวนผู้ป่วย DF+DHF+DSS ในจำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ตั้งแต่เดือน มกราคม –ธันวาคม 2557 X 100,000 / จำนวนประชากรกลางปี 2557  **3. ค่ามัธยฐาน (Median) ย้อนหลัง 5 ปี** หมายถึง ค่ากลางที่ได้จากการเรียงลำดับข้อมูล อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกเป็นรายเดือน (มกราคม-ธันวาคม) ตั้งแต่ปี 2552 –2556 ตามปีปฏิทิน โดยนำค่ากลางอัตราป่วยที่ได้ในแต่ละเดือนรวมกันเป็นอัตราป่วยย้อนหลัง 5 ปี  **4. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน หมายถึง จำนวนผู้ป่วย** DF+DHF+DSS ใน  จำนวนประชากร 100,000 คน คำนวณจาก จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก 1  เดือน X 100,000 / จำนวนประชากรกลางปี เดียวกัน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | อัตราป่วยลดลงเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี มากกว่า ร้อยละ 20 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทุกกลุ่มวัย |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (ราย) |
| **แหล่งข้อมูล** | จัดทำฐานข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกรายเดือน และรายปี ย้อนหลัง 5 ปี โดย 1. เก็บข้อมูลผู้ป่วยจาก รายงาน 506 ที่งานระบาดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ MIS2. รวบรวมข้อมูล Confirmed case แจกแจงเป็นรายเดือนและรายปีตั้งแต่ปีพ.ศ.2552-2556 3. กรอกข้อมูลในช่องจำนวนผู้ป่วยรายเดือนของตารางดัชนีเตือนภัยไข้เลือดออกประจำปี 2557 (เป็น electronic file) ซึ่งจะคำนวณค่าอัตราป่วยและร้อยละการเปลี่ยนของอัตราป่วยในปี 2557 เมื่อเปรียบเทียบกับของค่ามัธยฐาน ย้อนหลัง 5 ปี (2552- 2556) |
| **การประมวลผลตัวชี้วัด**  **(สูตรคำนวณ)** | 1. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก ปี 2557  = จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกเดือนมกราคม –ธันวาคม 2557 X100,000  จำนวนประชากรกลางปี 2557  2. อัตราป่วยโรคไข้เลือดออก (ค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี)  = มัธยฐานของอัตราป่วยของเดือน มกราคม 52-56 + …….+มัธยฐานอัตราป่วยเดือน ธันวาคม 52-56  3. ร้อยละของอัตราป่วยไข้เลือดออกลดลงจากค่ามัธยฐาน =  (ข้อ 2 – ข้อ1)x 100 2/ (ข้อ 2) |
| **7. ผู้รับผิดชอบ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานควบคุมโรค  นายมนัส สุขสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 087 - 0364855 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **8. ชมรม TO BE NUMBER ONE** |
| **คำนิยาม** | TO BE NUMBER ONE คือ “เป็นหนึ่งโดยไม่พึ่งยาเสพติด”  ความหมาย คือ การเป็นหนึ่ง ทุกคนเป็นได้ เพราะทุกคนต่างมีดีอยู่ในตัวเอง หากค้นพบสิ่งที่ตัวเองชื่นชอบ สนใจและมีความถนัด สามารถฝึกฝนและทำจนเป็นผลสำเร็จได้ ทำแล้วมีความสุข มีความเชื่อมั่นและมีความภาคภูมิใจ  ประเภท การจัดตั้งชมรม TO BE NUMBER ONE 3 ประเภท คือ   1. ชมรมฯในสถานศึกษา ระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา อุดมศึกษา 2. ชมรมฯในชุมชน 3. ชมรมฯในสถานประกอบการ   องค์ประกอบของชมรม คือ 3 ก.  1. กรรมการ  2. กองทุน  3. กิจกรรม  ยุทธศาสตร์ดำเนินงาน 3 ยุทธศาสตร์คือ  1.การณรงค์ปลุกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและ  แก้ไขปัญหายาเสพติด  2.การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน  3.การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ80 ของเยาวชนเป็นสมาชิก TO BE NUMBER ONE และเข้าร่วมกิจกรรมอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เยาวชนอายุ 6 - 24 ปี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | แบบรายงานโครงการ TO BE NUMBER ONE |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาล/สสอ.ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเยาวชนอายุ 6-24 ปี เป็นสมาชิกชมรม TO BE NUMBER ONE |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเยาวชนอายุ 6 – 24 ปี ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ  นางสุกมล สามเพชรเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 087-8563650 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **9.ร้อยละของเด็กอายุ 6-12ปี มีส่วนสูงระดับดีและมีรูปร่างสมส่วน** |
| **คำอธิบาย/นิยาม** | เด็กอายุ 6-12ปี หมายถึง เด็กที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปี จนถึง 12 ปี เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน หมายถึง เด็กที่มีลักษณะการเจริญเติบโต 3 แบบ คือ  1. เด็กมีส่วนสูงระดับสูงตามเกณฑ์และมีรูปร่างสมส่วน  2. เด็กมีส่วนสูงระดับค่อนข้างสูงและมีรูปร่างสมส่วน  3. เด็กมีส่วนสูงระดับสูงกว่าเกณฑ์และมีรูปร่างสมส่วน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
| **เกณฑ์การให้คะแนน** | 1 = <602 = 60 – 643 = 65 – 69 4 = 70 – 745 = ≥75 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กอายุ 6 ปี จนถึง 12 ปี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูล ฐานข้อมู 21/43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพ.สต./รพ.ทุกแห่ง/datacenter สสจ. |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเด็กส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วนรวมกัน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนเด็กที่ชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ปีละ 2 ครั้ง (เทอมละ 1 ครั้ง) |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานสารสนเทศและสุขศึกษา นางสาว กำไลทิพย์ ระน้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ 0816803375 นายภิภพ แก่งศิริ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ0897078237 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | | **10. ร้อยละของเด็ก 6-12 ปี ได้รับวัคซีนกระตุ้นทุกประเภทตามเกณฑ์ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95**  **10.1 ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้นป. 1 ได้รับวัคซีน MMR** |
| **คำนิยาม** | | หมายถึง เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ปีการศึกษา 2555 ที่ได้รับวัคซีน MMR |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | เด็กนักเรียนชั้น ป.1 ปีการศึกษา 2556 ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ สถานบริการรับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | | ฐานข้อมูล 21/43 และแฟ้มทะเบียนการให้บริการวัคซีนในนักเรียนของ สถานบริการ |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = เด็กนักเรียนชั้น ป. 1 ปีการศึกษา 2556 ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ สถานบริการรับผิดชอบที่ได้รับวัคซีน MMR |
| **รายการข้อมูล 2** | | B = เด็กนักเรียนชั้น ป. 1 ปีการศึกษา 2556 ทั้งหมดในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในตำบลที่สถานบริการรับผิดชอบ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B) X100 |
|  | **10.2 ร้อยละของเด็กนักเรียนชั้น ป. 6 ได้รับวัคซีน dT** |
| **คำนิยาม** | **หมายถึง** เด็กนักเรียนชั้น ป.6 ปีการศึกษา 2556 ที่ได้รับวัคซีน dT |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เด็กนักเรียนชั้น ป.6 ปีการศึกษา 2556 ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่ สถานบริการรับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 และแฟ้มทะเบียนการให้บริการวัคซีนในนักเรียนของ สถานบริการ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = เด็กนักเรียนชั้น ป. 6 ปีการศึกษา 2556 ในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สถานบริการรับผิดชอบ ที่ได้รับวัคซีน dT |
| **รายการข้อมูล 2** | B = เด็กนักเรียนชั้น ป. 6 ปีการศึกษา 2555 ทั้งหมดในโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ที่สถานบริการรับผิดชอบ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นายวันชัย จำรัสศรี งานควบคุมโรคติดต่อ 084 -0487504 |

**4.กลุ่มวัยทำงาน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | อัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตูรพืช | S3 | รง.506 | สิ่งแวดล้อม |
| 2 | ร้อยละของสตรี 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตัวเอง | S2 | MIS | NCD |
| 3 | ร้อยละของสตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สะสมถึงปี 2557 | S2 | MIS | NCD |
| 4 | สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 | S2 | MIS | NCD |
| 4.1สัดส่วนของผู้'ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 |
| 4.2 สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 |
| 5 | ร้อยละของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองเบาหวาน/ ความคันโลหิตสูง | S2 | MIS | NCD |
| 5.1 ร้อยละของประชาชนอายุ 15-34 ปีได้รับการคัดกรอง เบาหวาน |
| 5.2 ร้อยละของประชาชนอายุ15-34ปีได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง |
| 5.3 ร้อยละของประชาชนอายุ 35-59 ปีได้รับการคัดกรอง เบาหวาน |
| 5.4 ร้อยละของประชาชนอายุ 35-59ปีได้รับการคัดกรองความดันโลหิตสูง |
| 6 | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานเข้าจอประสาทตา | S2 | MIS | NCD |
| 7 | 23ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับการละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น | S2 |  |  |
| 23.1 การพัฒนาบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน SFT (Stroke Fast Track) | ประเมิน |  |
| 23.2 การจัดตั้งหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง SU(Stroke Unit) เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง | ประเมิน |  |
| 23.3 ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อย่างน้อย 1 วิธี |  | MIS | NCD |
| **4.กลุ่มวัยทำงาน(ต่อ)** | | | | |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 8 | ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับนํ้าตาลในเลือดได้ดี | S2 | MIS | NCD |
| 9 | ร้อยละผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทีควบคุมความดันโลหิตได้ดี | S2 | MIS | NCD |
| 10 | 10.1ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานทีมีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ | S2 | MIS | NCD |
| 10.2ร้อยละของผู้ความดันโลหิตสูงทีมีภาวะแทรกซ้อน ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ | S2 | NCD |
| 11 | กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานป่วยเป็นโรคเบาหวาน รายใหม่ร้อยละ 5 | S2 | MIS | NCD |
| 12 | กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ ร้อยละ 10 | S2 | MIS | NCD |
| 13 | ร้อยละของผู้ที่มีไตวายระยะที่ 3-4 ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐานCKD Clinic (modify) | S2 | MIS | NCD |
| 14 | อัตราความสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรคเสมหะบวกรายใหม่ร้อยละ90 | S2 | TB 08 ประเมินรายไตรมาส | ควบคุมโรค |
| 15 | อัตราการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ไม่ครอบคลุกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค และประชาชนที่มีอายุ65 ปี ขึ้นไป เด็กและคนตั้งครรภ์ | S2 | MIS | ควบคุมโรค |
| 16 | อัตราป่วยด้วยมะเร็งตับลดลง | S2 | MIS | ncd |
| 17 | อัตราป่วยด้วยมะเร็งปอดลดลง | S2 | MIS | ncd |
| 18 | การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะยาว | S2 | ประเมิน | ncd |
| 19 | สัดส่วนของมะเร็งลำใส้ใหญ่และทวารหนักระยะที่1และระยะที่2 | S2 | MIS | ncd |
| 20 | ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธ์ทีอยู่กินกับสามี ได้รับบริการวางแผนครอบครัวทุกประเภท | S2 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 21 | ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ | S2 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1.อัตราป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช** |
| **คำนิยาม** | โรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช (Pesticide poisoning) หมายถึง โรคหรืออาการผิดปกติที่เกิดจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเข้าสู่ร่างกาย โดยอาจเกิดอาการอย่างเฉียบพลันหรือสะสมอยู่ในร่างกายและเกิดพิษเรื้อรัง  อัตราป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืช หมายถึง จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชในช่วงเวลาเดียวกันต่อประชากรแสนคน  ในช่วงปีนั้น |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่เกิน 15 ต่อประชากรแสนคน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชาชนที่มารับบริการและได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช รหัส T53,T530-537 , T539 ,T57 , T570-T573T578-T579 , T60 , T600-T604 , T608-T609 |
| **วิธีจัดเก็บข้อมูล** | ระบบรายงาน 506 |
| **แหล่งข้อมูล** | จากงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร์ กระทรวงมหาดไทย |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A /B ) X 100,000 |
| **ระยะเวลาการประเมินผล** | ทุกเดือน |
| **ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานสิ่งแวดล้อมและโรคจาการประกอบอาชีพ  1.นางสาววรีรัตน์ สุนทรสุข 081-6880693  2.นายสุรพล เปรมัษเฐียร 085-0527125  Email: envi.kp@hotmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2.ร้อยละของสตรีอายุ 30-70ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง** |
| **คำนิยาม** | สตรีอายุ 30-70 ปี มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง ตามแบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกรมอนามัย |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | สตรีไทยอายุ 30-70 ปี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานสำรวจ, บันทึกข้อมูล ICD10 Z123 ในบัญชี 6 Program Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนสตรีอายุ 30 – 70 ปีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนสตรีอายุ 30 - 70 ปีทั้งหมดที่อยู่พื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ 055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **3.ร้อยละของสตรี 30-60 ปี ได้รับการตรวจคัดมะเร็งปากมดลูกสะสมถึงปี 2557** |
| **คำนิยาม** | สตรีสัญชาติไทยที่มีอายุ 30 - 60 ปี ในปี พ.ศ. 2557 (เกิดในปี พ.ศ. 2527 - 2497) ในเขตรับผิดชอบ  **การตรวจปากมดลูกโดยวิธี Pap Smear** หมายถึง การตรวจโดยการเก็บหรือป้ายเอาเซลล์จากปากมดลูกไปป้ายลงบนแผ่นสไลด์ ทำการย้อมสีและอ่านผล โดยบุคลากรเซลล์วิทยา |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | สตรีไทยอายุ 30-60 ปี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ICD10 Z124 ,บันทึกข้อมูลทั้งFile P และFile C ใน[www.cxscreening.net](http://www.cxscreening.net)  National Cancer Registry สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนสตรีอายุ 30-70 ปีได้รับการตรวจมะเร็งปากมดลูกสะสมตั้งแต่  ปี2553 (ไม่ซ้ำราย) |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนสตรีอายุ 30-70 ปีในเขตรับผิดชอบ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ 055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | | **4.สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2 4.1สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 และ 2 ระยะที่ 1 และ 2** |
| **คำนิยาม** | | **ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม** (ICD-10 =C50, D05) หมายถึง สตรีที่ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 คือพบก้อนมะเร็งมีขนาดไม่เกิด 2 เซนติเมตร และยังไม่ลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองและ ระยะที่ 2 คือพบก้อนมะเร็งขนาดระหว่าง 2-5 เซนติเมตร ซึ่งอาจจะลุกลามไปยังต่อน้ำเหลืองบริเวณรักแร้หรือไม่ก็ได้ หรือมีขนาดไม่เกิน 2 เซนติเมตร และลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้แล้ว แต่ยังไม่แพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | ร้อยละ 70 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | สตรีที่มีอายุ 30-70 ปีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | National Cancer Registry สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ |
| **แหล่งข้อมูล** | | รพท. |
| **รายการข้อมูล 1** | | A= สตรีที่มีอายุ 30-70 ปีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดพบระยะที่ 1 และระยะที่ 2 หรือต่ำกว่า |
| **รายการข้อมูล 2** | | B= สตรีที่มีอายุ 30-70 ปีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B) X100 |
| **หน่วยที่ใช้ในการวัด** | | ร้อยละ |
|  | | | **4.2.สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกระยะที่ 1 และ 2** |
| **คำนิยาม** | | | **ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก (**ICD-10 =C5**3,D06) ระยะที่ 1 หรือระยะ 2** หมายถึง สตรีที่มีอายุ 30-60 ปี ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบระยะที่ 1 หรือระยะที่ 2 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | | ร้อยละ 70 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | | สตรีที่มีอายุ 30-60 ปีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกในจังหวัด |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | | National Cancer Registry สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ |
| **แหล่งข้อมูล** | | | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | | | A= สตรีที่มีอายุ 30-60 ปีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดพบระยะที่ 1 และระยะที่ 2 หรือต่ำกว่า |
| **รายการข้อมูล 2** | | | B= สตรีที่มีอายุ 30-60 ปีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปากมดลูกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | | (A/B) X100 |
| **หน่วยที่ใช้ในการวัด** | | ร้อยละ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ 055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 | |
|  | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | | **5ร้อยละของประชากรอายุ 15ปีขึ้นไปได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 5.1ร้อยละของประชากรอายุ 15-34 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน** |
| **คำนิยาม** | | | - หลักเกณฑ์การคัดกรองเบาหวานสำหรับกลุ่มอายุ 15-34 ปี ที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ได้รับการคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปต้องได้รับการตรวจเลือด เกณฑ์การคัดกรองมี 4 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1.มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥90 ซม. ในผู้ชายหรือ ≥80 ซม. ในผู้หญิง และ/หรือดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2)  2.มีประวัติญาติสายตรง พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน  3.มีความดันโลหิตสูง (BP > 140/90 มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรค ความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง  3.มีรอยพับรอบคอหรือใต้รักแร้ดำ  - การคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจเลือด(Fasting plasma glucose (FPG) หรือ Fasting capillary blood glucose (FCG) หมายถึง จำนวนประชาชนอายุ 15-34 ปีที่ไม่รู้ตัวว่าป่วยเป็นเบาหวานและ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจเลือด(Fasting plasma glucose (FPG) หรือ Fasting capillary blood glucose (FCG) หลังอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง พร้อมแจ้งผลโอกาสเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง |
|  | | | **5.2ร้อยละของประชากรอายุ 35-59 ปี ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | | - หลักเกณฑ์การคัดกรองเบาหวานสำหรับกลุ่มอายุ 35-59 ปี ที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ได้รับการคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปต้องได้รับการตรวจเลือด เกณฑ์การคัดกรองมี 6 ข้อ ดังต่อไปนี้   1. มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥80 ซม.ในผู้หญิงและ/หรือดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2) 2. มีประวัติญาติสายตรง พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน 3. มีความดันโลหิตสูง (BP > 140/90 มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรค ความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง 4. มีประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอร์ไรด์ ≥ 250 มก./ดลและ/หรือ เอส ดี แอล คลอเลสเตอรอล < 35 มก./ดล. 5. ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG/FCG) = 100-125 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่ม น้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง(OGTT) =140-199 มก./ดล.) 6. ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม   - การคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจเลือด(Fasting plasma glucose (FPG) หรือ Fasting capillary blood glucose (FCG) หมายถึง จำนวนประชาชนอายุ 35-59 ปีที่ไม่รู้ตัวว่าป่วยเป็นเบาหวานและ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจเลือด(Fasting plasma glucose (FPG) หรือ Fasting capillary blood glucose (FCG) หลังอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง พร้อมแจ้งผลโอกาสเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง ทั้งหมด |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | | ประชาชนอายุ 15-34 ปี , 35-559ปี ในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP   |  |  | | --- | --- | | ICD-10 | **การคัดกรอง** | | R731 | การตรวจเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง (เจาะจากหลอดเลือดดำ) | | R73 | การตรวจเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง (เจาะจากปลายนิ้ว) | | Z131 | คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน | |
| **แหล่งข้อมูล** | | | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | | | A=จำนวนประชาชนไทยอายุ15-34 ปี, 35-559ปีที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐานอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี |
| **รายการข้อมูล 2** | | | B=จำนวนประชาชนไทยอายุ 15-34 ปี , 35-559ปีที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | | (A/B) X100 |
|  | | | | | **5.3ร้อยละของประชากรอายุ 15 – 34 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง 5.4ร้อยละของประชากรอายุ 15-59ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคความดันโลหิตสูง** |
| **คำนิยาม** | | | | | การคัดกรองความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ได้รับการคัดกรองโดยการตรวจวัดความดันโลหิตตามมาตรฐานอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี พร้อมแจ้งผลโอกาสเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยงทั้งหมดแบ่งเป็น 2 กลุ่มอายุดังนี้ อายุ 15-34 ปี , 35-559ปี, |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | | | | ร้อยละ 90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | | | | ประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | | | | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP   |  |  | | --- | --- | | ICD-10 | **หมายเหตุ** | | R030 | การคัดกรองความดันโลหิตสูงกลุ่มเสี่ยง (Pre HT คือค่า Systolic BP ระหว่าง 120-139 mmHg หรือ Diastolic BP ระหว่าง 80-89 mmHg ) | | Z138 | คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง | |
| **แหล่งข้อมูล** | | | | | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | | | | | A1=จำนวนประชาชนไทยอายุ 15–34 ปีที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปีA2=จำนวนประชาชนไทยอายุ 35-59 ปีที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองความดันโลหิตตามมาตรฐาน อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี |
| **รายการข้อมูล 2** | | | | | B1=จำนวนประชาชนไทยอายุ 15-34 ปีที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) B2=จำนวนประชาชนไทยอายุ 35-59 ปีที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูงทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | | | | (A1/B1) X100 , (A2/B2) X100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | | | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ  055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **6.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา** |
| **คำนิยาม** | การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา หมายถึง การถ่ายภาพจอประสาทตาของผู้ป่วยเบาหวานโดยละเอียดด้วย Fundus Camera อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 60 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจตาด้วย Fundus Camera ในปี |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในปี |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ  055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **7. ร้อยละของผู้ป่วย Ischemic Stroke ได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพิ่มขึ้น7.1 การพัฒนาบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน SFT (Stroke Fast Track)** |
| **คานิยาม** | **การพัฒนาบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ SFT (Stroke Fast Track)** หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันด้วย ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ  **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่มีอาการสอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์กรอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10-Thailand Modification) หมวด I63 -I66 ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2557 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | โรงพยาบาลที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ด้วยยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ SFT (Stroke Fast Track)  โรงพยาบาล ระดับ A เพิ่มจากเดิม 1 โรงพยาบาลต่อเขตเครือข่าย  โรงพยาบาล ระดับ S เพิ่มจากเดิม 1 โรงพยาบาลต่อเขตเครือข่าย  โรงพยาบาล ระดับ M1 เพิ่มจากเดิม 1 โรงพยาบาลต่อเขตเครือข่าย ที่เข้าร่วมบริการ\* นี้กับ  โรงพยาบาลระดับ A, S ในเขตบริการเดียวกัน  **\* การเข้าร่วม** หมายถึง การมีส่วนร่วมในการจัดทาแนวทางการรับส่งต่อ และมีการส่งต่อเกิดขึ้น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ให้รพ.ที่มีการพัฒนาบริการการให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ SFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน รายงานให้สานักนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A/S ที่มีการพัฒนาบริการ SFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ในปี 2557  A2 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1 ที่มีการพัฒนาบริการ และเข้าร่วมบริการ SFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน กับโรงพยาบาลระดับ A , S ในเขตบริการเดียวกัน ในปี 2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B1 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A/S ที่มีการพัฒนาบริการ SFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ในปี 2556  B2 = จำนวนโรงพยาบาลระดับ M1 ที่มีการพัฒนาบริการ และเข้าร่วมบริการ SFT (Stroke Fast Track) ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน กับโรงพยาบาลระดับ A , S ในเขตบริการเดียวกัน ในปี 2556 |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | A1 – B1 (สำหรับ รพ.ระดับ A หรือ S) A2 – B2 (สำหรับ รพ.ระดับ M1) |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **ขั้นตอนที่ 1-4** | **ขั้นตอนที่ 1-5** | **ขั้นตอนที่ 1-6** | **ขั้นตอนที่ 1-7** | |
| **วิธีการประเมิน** | **ขั้นตอนที่ 1** จัดตั้งคณะทำงานในระดับเขต  **ขั้นตอนที่ 2** แต่งตั้งผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด  **ขั้นตอนที่ 3** จัดทำแผนการดำเนินงานของตัวชี้วัด และการ ส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายใน /ภายนอกจังหวัด  **ขั้นตอนที่ 4** จัดทำระบบและการติดตามประเมินผล  **ขั้นตอนที่ 5** ถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ในเรื่อง การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ stroke awareness / alert  **ขั้นตอนที่ 6** พัฒนา/ฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้ง EMS (emergency medical service)  **ขั้นตอนที่ 7** จัดทาแนวทางการรักษาผู้ป่วย Ischemic stroke ในเขต (guide lines and care-map) ที่เป็นลายลักษณ์อักษร |
|  | **7.2.จัดตั้งหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง SU(Stroke Unit) เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** |
| **คานิยาม** | **การจัดตั้ง SU (Stroke Unit)** หมายถึง โรงพยาบาลที่ให้การพัฒนาบริการหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง  **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่มีอาการสอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์กรอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10-Thailand Modification) หมวด I63 -I66 ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2557 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | โรงพยาบาลมีหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาล ระดับ A เพิ่มจากเดิม 1 โรงพยาบาลต่อเขตเครือข่าย  โรงพยาบาล ระดับ S เพิ่มจากเดิม 1 โรงพยาบาลต่อเขตเครือข่าย |
| **วิธีการจัดเก็บ** | ให้โรงพยาบาลที่มีการพัฒนาบริการหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง รายงานให้สานักนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A / S ที่มีการพัฒนาบริการหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนโรงพยาบาลระดับ A / S ที่มีการพัฒนาบริการหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อบริการผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในปี2556 |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | A – B |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **ขั้นตอนที่ 1-4** | **ขั้นตอนที่ 1-7** | **ขั้นตอนที่่ 1-10** | **ขั้นตอนที่ 1-13** | |
| **วิธีการประเมิน** | **ขั้นตอนที่ 1** จัดตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัด  **ขั้นตอนที่ 2** แต่งตั้งผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด  **ขั้นตอนที่ 3** จัดทำแผนการดำเนินงานของตัวชี้วัด และการ ส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายใน /ภายนอกจังหวัด  **ขั้นตอนที่ 4** จัดทำระบบและการติดตามประเมินผล  **ขั้นตอนที่ 5** ถ่ายทอดความรู้สู่ประชาชน ในเรื่อง การให้ยาละลายลิ่มเลือดทางหลอดเลือดดำ stroke awareness / alert  **ขั้นตอนที่ 6** พัฒนา/ฝึกอบรมความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ รวมทั้ง EMS (emergency medical service)  **ขั้นตอนที่ 7** จัดทาแนวทางการรักษาผู้ป่วย Ischemic stroke ในเขต (guide lines and care-map) ที่เป็นลายลักษณ์อักษร **ขั้นตอนที่ 8** จัดตั้ง Stroke unit ในโรงพยาบาลเป้าหมาย (ตาม stroke service ของกระทรวงฯ)  **ขั้นตอนที่ 9** จัดทำแนวทางส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษร  **ขั้นตอนที่ 10** ร่วมเป็นเครือข่ายการส่งต่อ และเครือข่ายวิชาการ  **ขั้นตอนที่ 11** จัดเก็บตัวชี้วัดที่สำคัญ  **ขั้นตอนที่ 12** เปรียบเทียบตัวชี้วัดที่สำคัญกับโรงพยาบาลในเครือข่าย  **ขั้นตอนที่ 13** ดำเนินการปรับปรุง/พัฒนาการดำเนินงาน |
|  | **7.3. ร้อยละของจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม อย่างน้อย 1 วิธี** |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตันที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม** หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการประเมินหรือวินิจฉัยว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นโรคหลักและได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์อย่างเหมาะสมอย่างน้อย 1 วิธี ดังต่อไปนี้  - ผู้ป่วยได้รับยาละลายลิ่มเลือด SFT (Stroke Fast Track) และ/หรือ  - ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลในหออภิบาลโรคหลอดเลือดสมอง SU (Stroke Unit) และ/หรือ  - ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านเกล็ดเลือด Antiplatelet drugs ภายใน 48 ชั่วโมง  **ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (STROKE)** หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันเป็นโรคหลักที่มีอาการสอดคล้องกับ Cerebrovascular diseases ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์กรอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10-TM: International Classification of Diseases and Health Related Problems-10-Thailand Modification) หมวด I63 -I66 และรับเป็นผู้ป่วยในของสถานพยาบาล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมอย่างน้อย 1 วิธี |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตันที่รับไว้ในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | **ขั้นตอนที่ 1-2** | **ขั้นตอนที่ 3** | **ขั้นตอนที่ 4-5** | **ขั้นตอนที่ 6** | |
| **วิธีการประเมินผล** | 1. จัดตั้งคณะทำงานในระดับจังหวัด 2. แต่งตั้งผู้รับผิดชอบตัวชี้วัด 3. จัดทำแผนการดำเนินงานของตัวชี้วัด และ ส่งต่อผู้ป่วยทั้งภายใน /ภายนอกจังหวัด 4. จัดทำระบบและการติดตามประเมินผล 5. จัดเก็บตัวชี้วัดที่สำคัญ 6. ดำเนินการปรับปรุง/พัฒนาการดำเนินงาน |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร 055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **8.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี** |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี** หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจ HbA1c ในรอบปีอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง มีค่าระดับ HbA1c ครั้งสุดท้าย น้อยกว่าร้อยละ 7 |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 40 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล1** | A = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล2** | B = จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในปี |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ055-705188 ต่อ 147 , 055-705194ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **9.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี** |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี** หมายถึง 1. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั่วไป ที่ไม่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 3 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน <140/90 มม.ปรอท. 2. ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีเบาหวานร่วม มีระดับความดันโลหิต 3 ครั้งสุดท้ายติดต่อกัน <140/80 มม.ปรอท |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 50 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล1** | A = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล2** | B = จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในปี |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ 055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **10.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนได้รับการดูแลรักษา**  **-ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อส่งต่อ** |
| **คำนิยาม** | **ภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยเบาหวาน** (ICD-10= E103,E113,E123,E133, E143) หมายถึง ดวงตาของผู้ป่วยเบาหวานที่สูญเสียความสามารถในการมองเห็น เรียกว่า ภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวาน มีรอยโรคแบ่งได้เป็น ● Non-proliferative diabetic retinopathy (NPDR) ซึ่งแบ่งเป็น mild NPDR , moderate NPDR , severe NPDR   |  |  | | --- | --- | | ICD-10 | **หมายเหตุ** | | H3600 | Nonproliferative diabetic retinopathy (NPDR) | | H3601 | Nonproliferative diabetic retinopathy (NPDR) with maculopathy |   ● Preliferative diabetic retinopathy (PDR) ICD-10=H3602ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็น diabetic retinopathy (ICD-10 = H360)  **การดูแลรักษา/ส่งต่อ** (Z753)หมายถึง การตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ที่ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษา |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
|  | **-ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ** |
| **คำนิยาม** | **ภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยเบาหวาน** หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางไตในผู้ป่วยเบาหวานที่มีการตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่วออกมาในปัสสาวะ (albuminuria) ซึ่งในระยะแรกมีปริมาณเล็กน้อย (microalbuminuria) และ ระยะต่อมาปริมาณมากขึ้น(macroalbuminuria หรือ overt proteinuria) โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็น diabetic nephropathy (ICD-10= E102,E112,E122,E132, E142)  **การดูแลรักษา/ส่งต่อ**(Z753) หมายถึง การตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษา |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
|  | **ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ** |
| **คำนิยาม** | **ภาวะแทรกซ้อนทางเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน** (ICD-10= E104, E114, E124, E134, E144และ E105,E115,E125,E135, E145) ) หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานมีแผลที่เท้า ถลอก ฉีกขาด (epithelial abrasion),แผลแห้งดำ (dry gangrene) รวมทั้งที่มีลักษณะอักเสบ บวมแดงซึ้งต้องทำการรักษาโดยการเจาะหรือผ่าตัด หรือที่ไม่ใช่ลักษณะการติดเชื้อ เช่น แผลกดทับที่เกิดจากเส้นประสาทเสื่อม (Neuropathic ulcer) แผลขาดเลือด (Ischemic ulcer) การตัดนิ้วเท้า,เท้า หรือขา หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานถูกตัดนิ้วเท้า,เท้า หรือขา เนื่องจากการมีแผลที่นิ้วเท้า, เท้า หรือขา จนเกิดการติดเชื้อต้องรักษาด้วยการ amputation หรือกรณีที่เกิด auto amputation จาก dry gangrene **การดูแลรักษา/ส่งต่อ**(Z753) หมายถึง การตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้า ที่ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางเท้าทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษา |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
|  | **-ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ** |
| **คำนิยาม** | **การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา** หมายถึง การถ่ายภาพจอประสาทตาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยละเอียดด้วย Fundus Camera อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 60 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจตาด้วยFundusCamera ในปี |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในปี |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
|  | **-ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไตได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ** |
| **คำนิยาม** | **การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางไต** หมายถึง ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้รับการตรวจหาโปรตีน ชนิดอัลบูมินในปัสสาวะ (Microalbuminuria) เพื่อคัดกรองภาวะ แทรกซ้อนทางไตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 60 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการตรวจMicroalbuminuriaในปี |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมดในปี |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
|  | **-ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ** |
| **คำนิยาม** | **ภาวะแทรกซ้อนทางตาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง**(ICD-10 HT= I10,I11,I12,I13,I15 )+ (ICD-10 H368) หมายถึง ดวงตาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูญเสียความสามารถในการมองเห็น เรียกว่า ภาวะจอประสาทตาผิดปกติจากความดันโลหิตสูง มีรอยโรคเป็นเช่นเดียวกันกับโรคเบาหวาน ดังนี้ ● Non-proliferative diabetic retinopathy (NPDR) ซึ่งแบ่งเป็น mild NPDR , moderrate NPDR , severe NPDR ● Preliferative diabetic retinopathy (PDR)ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็น retinopathy  **การดูแลรักษา/ส่งต่อ** (Z753)หมายถึง การตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตา ที่ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางตาทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษา |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
|  | **-ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ** |
| **คำนิยาม** | **ภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง** หมายถึง ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีการตรวจพบโปรตีนชนิดอัลบูมินรั่ว ออกมาในปัสสาวะ (albuminuria) ซึ่งในระยะแรกมีปริมาณเล็กน้อย (microalbuminuria) และ ระยะต่อมาปริมาณมากขึ้น(macroalbuminuria หรือ overt proteinuria) โดยไม่ได้เกิดจากสาเหตุอื่น ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็น nephropathy (ICD-10 =I12)หรือ ได้รับการวินิจฉัยเป็น โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease) ระยะที่ 2 ขึ้นไป**การดูแลรักษา/ส่งต่อ** (Z753)หมายถึง การตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วย ในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนรักษาและอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต ที่ได้รับการดูแลรักษา/ส่งต่อ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษา |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ 055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **13.ร้อยละของผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูงในปีที่ผ่านมา** |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่มาจากกลุ่มเสี่ยงสูง** หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน( Pre-DM )เมื่อปีที่ผ่านมา ได้รับการคัดกรองโรคเบาหวานตามมาตรฐานประจำปี และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคเบาหวาน รายใหม่ ในปี  **Pre–Diabetes Mellitus** หมายถึง การคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจเลือด พบว่ามีค่าระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ โดยแบ่งตามค่าของระดับน้ำตาลในเลือด ดังนี้ 1. กรณี NPO มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 100-125 มก./ดล. 2. กรณีไม่งดน้ำงดอาหาร มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ระหว่าง 110-199 มก./ดล. ถ้ามีระดับน้ำตาลในเลือด (FCG) ได้ค่า 100-125 มก./ดล.(กรณี NPO) และ 110-199 มก./ดล.(กรณีไม่งดน้ำงดอาหาร) ให้ส่งตรวจหาค่าน้ำตาลในพลาสมา (FPG) เพื่อยืนยันอีกครั้ง และถ้าพบว่ามีระดับน้ำตาลในพลาสมา (FPG) ได้ค่า 100-125 มก./ดล. ให้จัดว่าเป็นผู้ที่มีภาวะ Pre–Diabetes Mellitus |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่เกินร้อยละ 5 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ค้นพบทั้งหมดในปี |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานเมื่อปีที่ผ่านมา |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **12.ร้อยละของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูงในปีที่ผ่านมา** |
| คำนิยาม | ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูง หมายถึง ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง( Pre-HT )เมื่อปีที่ผ่านมา ได้รับการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงตามมาตรฐานประจำปี และได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รายใหม่ ในปี  Pre–Hypertension หมายถึง การคัดกรองความดันโลหิตสูงโดยการวัดระดับความดันโลหิต พบว่ามีค่าระดับความดันโลหิตสูงกว่าปกติ โดยมีระดับความดันโลหิตอยู่ระหว่าง 120-139/80-89 มิลลิเมตรปรอท ให้จัดว่าเป็นผู้ที่มีภาวะ Pre–Hypertension |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่เกินร้อยละ 10 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูง |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| แหล่งข้อมูล | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| รายการข้อมูล 1 | A=จำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูง ที่ค้นพบทั้งหมดในปี |
| รายการข้อมูล 2 | B=จำนวนประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปที่ขึ้นทะเบียนเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคความดันโลหิตสูงเมื่อปีที่ผ่านมา |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **13.ร้อยละของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ได้รับการดูแลตามเกณฑ์มาตรฐาน CKD Modify clinic** |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง(CKD=Chronic Kidney Disease)** หมายถึง เป็นภาวะที่มีการทำลายไตนานกว่า 3 เดือน แบ่งเป็น 5 ระยะ ตามค่า eGFR  ระยะที่ 1 หมายถึง ไตผิดปกติและอัตรากรองของไตปกติหรือเพิ่มขึ้น > 90 (มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)  ระยะที่ 2 หมายถึง ไตผิดปกติและอัตรากรองของไตลดลงเล็กน้อย 60 –89 (มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)  ระยะที่ 3 หมายถึง อัตรากรองของไตลดลงปานกลาง 30 –59 (มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)  ระยะที่ 4 หมายถึง อัตรากรองของไตลดลงมาก 15 –29 (มล./นาที/1.73 ตารางเมตร)  ระยะที่ 5 หมายถึง ไตวายระยะสุดท้าย < 15 (มล./นาที/1.73 ตารางเมตร) (หรือต้องบำบัดทดแทนไต) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 50 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3-4 ที่ได้รับการดูแลตามเกณฑ์ ฯ |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 ทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในปี |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ 055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **14.อัตราความสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อ** |
| **คำจำกัด** | ผู้ป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อรายใหม่ที่รักษาหายและครบรวมกัน **รักษาหาย (Cure)**หมายถึง ผู้ป่วยใหม่ที่มีเสมหะบวกเมื่อวินิจฉัย ซึ่งกินยาสม่ำเสมอจนครบกำหนด มีผลเสมหะเป็นลบอย่างน้อย 2 ครั้ง โดยที่ผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษาต้องเป็นลบด้วย  **รักษาครบ (Completed)** หมายถึง ผู้ป่วยใหม่ที่มีเสมหะบวกเมื่อวินิจฉัยและรักษาครบแต่ไม่มีผลเสมหะเมื่อสิ้นสุดการรักษา |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | อัตราความสำเร็จการรักษาของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เสมหะพบเชื้อตั้งแต่ร้อยละ 90 ขึ้นไป |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพ.พยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดกำแพงเพชรจำนวน12 แห่ง |
| **วิธีการประเมิน** | **ครั้งที่ 1** ประเมินผู้ป่วยวัณโรค New M+ ที่ขึ้นทะเบียนใน TB03 ระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2555 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง โดยใช้แบบฟอร์ม TB08 ซึ่งรายงานทั้งผู้ป่วยไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ  **ครั้งที่ 2**ประเมินผู้ป่วยวัณโรค New M+ ที่ขึ้นทะเบียนใน TB03 ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม2556 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง โดยใช้แบบฟอร์ม TB08 ซึ่งรายงานทั้งผู้ป่วยไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ  **ครั้งที่ 3**ประเมินผู้ป่วยวัณโรค New M+ ที่ขึ้นทะเบียนใน TB03 ระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน 2556 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง โดยใช้แบบฟอร์ม TB08 ซึ่งรายงานทั้งผู้ป่วยไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ  **ครั้งที่ 4**ประเมินผู้ป่วยวัณโรค New M+ ที่ขึ้นทะเบียนใน TB03 ระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2556 ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่ง โดยใช้แบบฟอร์ม TB08 ซึ่งรายงานทั้งผู้ป่วยไทย ไม่ใช่ไทย และเรือนจำ |
| **การให้คะแนน** | **ตัวตั้ง** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะพบเชื้อที่เป็นคนไทย ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมินได้ โดยมีผลการรักษาหาย หรือ รักษาครบ  **ตัวหาร** หมายถึง ผู้ป่วยวัณโรคปอกรายใหม่เสมหะพบเชื้อที่เป็นคนไทย ที่ขึ้นทะเบียนในไตรมาสที่ประเมิน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ก. โรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งส่งรายงาน TB08 ให้ สสจ.ภายใน 7 วัน เมื่อสิ้นสุดรอบรายงาน  ข. สสจ. ตรวจสอบรายงานที่ครบถ้วนถูกต้องแล้วจึงส่งรายงาน TB08 ให้ สคร. ภายใน 15 วัน |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ นายวิราช เกษอุดมทรัพย์  นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 089-9595229 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **15.ร้อยละของประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ประชาชนที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป เป้าหมาย ร้อยละ 95** |
| **คำนิยาม** | ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **ประชาชนที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค หญิงตั้งครรภ์ เด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี ประชาชนที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป** ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ (ระดับอำเภอ) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลในโปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| **แหล่งข้อมูล** | โปรแกรมการให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = ประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบแต่ละอำเภอที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ |
| **รายการข้อมูล 2** | B = ประชากรกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่รับผิดชอบแต่ละอำเภอ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ  นายวันชัย จำรัสศรี นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 084-0487504 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **16.อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งตับลดลง** |
| **คำนิยาม** | จำนวนประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ ทุกระยะ ในปี ต่อประชากรแสนคน (รหัส ICD-10 = C22%,C787) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ลดลง |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท. รพช. และ รพ.มะเร็ง |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งตับ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนประชากรกลางปีในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100,000 |
| **หน่วยที่ใช้ในการวัด** | อัตราต่อแสนประชากร |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **17.อัตราป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด** |
| **คำนิยาม** | จำนวนประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด ทุกระยะ ในปี ต่อประชากรแสนคน (รหัส ICD-10 =C385,C450,C780,C782) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ลดลง |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชากรไทยตามทะเบียนราษฎร์ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท. รพช. และ รพ.มะเร็ง |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนประชาชนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนประชากรกลางปีในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100,000 |
| **หน่วยที่ใช้ในการวัด** | อัตราต่อแสนประชากร |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **18.คุณภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว** |
| **คำนิยาม** | **การดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว** หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมที่มีรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการการได้รับความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลําบาก อันเนื่องมาจากภาวการณเจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่างๆ ตลอดจนผผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจําวัน โดยมุ่งเน้นในด้านการฟฟื้นฟู บําบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและตต่อเนื่อง เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดําเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ โดยอยูบนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ **องค์ประกอบการดำเนินงาน**   1. มีข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาวประกอบด้วย ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เอดส์ ผู้พิการ ผู้ป่วยสุขภาพจิต ฯลฯ ตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน 2. มีอาสาสมัคร( Care giver)ดูแลผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาวในชุมชน 3. มีบริการดูแลสุขภาพที่บ้านที่มีคุณภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข 4. มีบริการส่งเสริมทันตสุขภาพในชุมชน 5. มีระบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง   **เกณฑ์ประเมินการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะยาว**   1. มีนโยบาย การจัดระบบการดูแลที่บ้านที่ชัดเจน 2. มีฐานข้อมูล ภาวะสุขภาพผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาวและผู้ดูแลในชุมชน (Care giver) 3. มีทีมสุขภาพ และมีการประเมินปัญหา ของผู้ป่วย Long term care ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จัดประเภทของผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง) ประเมินสุขภาพทางกาย สุขภาพจิต และสภาพทางสังคม ให้ความรู้เฉพาะด้านในการดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยที่บ้านแก่ญาติ ผู้ดูแล และวางแผนการเยี่ยมบ้าน 4. มีการพัฒนาบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วย Long term care ที่บ้าน 5. มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน 6. มีทีม ให้คำปรึกษาที่ชัดเจน และสามารถให้ปรึกษาแก่เครือข่ายบริการและผู้ดูแลสม่ำเสมอ 7. มีการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 8. มีตารางปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 9. เยี่ยมและติดตามดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแผน 10. มีระบบส่งต่อ และติดตาม การตอบรับผู้ป่วยนอกเขตรับผิดชอบที่ส่งไปยังเครือข่ายบริการให้ได้รับการดูแลที่บ้านต่อเนื่อง 11. ทีระบบรายงานทุกเดือนและรายปี 12. มีการอบรมผู้ดูแล หรืออาสาสมัครผู้ดูแลผู้ป่วยรายโรคตามบริบทของผู้ป่วย |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาวในพื้นที่ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาว |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในปี |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาวในพื้นที่รับผิดชอบทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100,000 |
| **หน่วยที่ใช้ในการวัด** | ร้อยละ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **19.สัดส่วนของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ระยะที่ 1 และ 2** |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก** (ICD-10 =C18-C21,C785) หมายถึง ผู้ที่ป่วยมะเร็งในระบบทางเดินอาหารบริเวณ Colon และ Rectal แบ่งระยะดังนี้  Stage 0 โรคมะเร็งในระยะเริ่มต้น มะเร็งอยู่เฉพาะผิวของลำไส้  Stage 1 มะเร็งอยู่เฉพาะผนังลำไส้ ยังไม่แพร่ออกนอกลำไส้  Stage 2 มะเร็งแพร่ออกนอกลำไส้ แต่ยังแพร่ไม่ถึงต่อมน้ำเหลือง  Stage 3 มะเร็งแพร่ไปต่อมน้ำเหลืองใกล้เคียง แต่ยังไม่แพร่ไปยังอวัยวะอื่นๆ  Stage 4 มะเร็งแพร่ไปอวัยวะอื่นโดยมากไปยังตับและปอด  Recurrent เป็นมะเร็งซ้ำหลังจากการรักษา |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 35 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานศูนย์โรคมะเร็ง โรงพยาบาลกำแพงเพชร |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท. |
| **รายการข้อมูล 1** | A= ผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัดพบระยะที่ 1 และระยะที่ 2 หรือต่ำกว่า |
| **รายการข้อมูล 2** | B= ผู้ที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำจังหวัด ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100 |
| **หน่วยที่ใช้ในการวัด** | ร้อยละ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานจัดทำรายงาน** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **20. ร้อยละของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามี ได้รับบริการวางแผนครอบครัวทุกประเภท** |
| **คำนิยาม** | หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่กินกับสามีได้รับบริการวางแผนครอบครัวทุกประเภท หมายถึง หญิงวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามีที่กำลังใช้วิธีคุมกำเนิด มารับบริการที่สถานบริการทุกระดับ วิธีการคุมกำเนิด ได้แก่  1) ยาเม็ดคุมกำเนิด  2) ยาฉีดคุมกำเนิด  3) ห่วงอนามัย  4) หมันหญิง  5) หมันชาย  6) ยาฝังคุมกำเนิด  7) แผ่นแปะคุมกำเนิด 8) ถุงยางอนามัย  9) การนับระยะปลอดภัย  10) การหลั่งภายนอก  11) ไม่มีประจำเดือนขณะให้นมบุตร 12)  ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามี |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม MIS |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต/ รพ ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามี และใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่ง |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์อายุ 15-49 ปี ที่อยู่กินกับสามีทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ  นางสาววันเพ็ญ กฤติยรังสิต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  089-5680032 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | 21.ร้อยละของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ (มากกว่าหรือเท่ากับ 31) |
| **คำนิยาม** | • การเข้าถึงบริการ หมายถึง การที่ประชาชนผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่า ได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย  • ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หมายถึง ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์กรอนามัยโลกฉบับที่ 10 ฉบับปรับปรุงโดยประเทศไทย(ICD– 10-TM : International Classification of Diseases and Health Related Problems–10-Thailand Modification) หมวด F32, F33 , F34.1 , F38 , F39 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2557 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | เท่ากับหรือ มากกว่า ร้อยละ 31 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชาชนในจังหวัดกำแพงเพชรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการจาก : ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐานข้อมูล 21 หรือ 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท./รพช./รพสต. ที่ใช้ฐานข้อมูล 21 หรือ 43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการปีงบประมาณ 2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากHosXP |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ  นางมรกต สมพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 081-5528502 |

**5.กลุ่มผู้สูงอายุและผู้พิการ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | ร้อยละของผู้สูงอายุ ผู้พิการทีได้รับการพัฒนาทักษะทางกายและใจ | S3 | ประเมิน | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 2 | 2.1 ร้อยละประชาชนอายุ60 ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองเบาหวาน | S2 | MIS | NCD |
| 2.2 ร้อยละประชาชนอายุ 60ปีขึ้นไปได้รับการคัดกรองความคันโลหิตสูง |
| 3 | คลินิกผู้สูงอายุผู้พิการคุณภาพ (คลินิกเวชกรรมฟื้นฟู) | S2 | ประเมิน | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 3.1 ร้อยละของคลินิกเวชกรรมฟื้นฟู รพท.มีคุณภาพ |
| 3.2 รพท.มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ |
| 3.3 รพช.มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ |
| 4 | การเข้าถึงบริการโรคซึมเศร้าในกลุ่มผู้สูงอายุ | S2 | MIS | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 5 | ร้อยละของวัยก่อนสูงอายุและและผู้สูงอายุได้รับบริการฟันเทียม | S2 | MIS | ทันต |
| 6 | ร้อยละของคนพิการได้รับการฟื้นฟู | S3 | สำรวจ | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 7 | ผู้พิการทางการเคลื่อนไหว(ขาขาด)ได้รับบริการครบถ้วน | S3 | สำรวจ | ส่งเสริมสุขภาพ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1. ร้อยละของผู้สูงอายุ ผู้พิการที่ได้รับการพัฒนาทักษะทางกาย และใจ** |
| **คำนิยาม** | **ผู้สูงอายุ** หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป  **ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง** หมายถึง ผู้สูงอายุที่ผ่านกระบวนการประเมิน/ คัดกรองสุขภาพ พบว่ามีความผิดปกติด้านร่างกายและหรือจิตใจ รวมถึงผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง  **ผู้พิการ** หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติหรือบกพร่องทางร่างกาย ทางสติปัญญาหรือจิตใจ มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด  **การพัฒนาทักษะทางกายและใจ** หมายถึง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง/ผู้พิการได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลสุขภาพกาย สุขภาพจิต สามารถจัดการสุขภาพตนเองได้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนตามความรู้ ความสามารถและศักยภาพของบุคคล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้สูงอายุ ผู้พิการ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจ |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต./รพ |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้สูงอายุ/ผู้พิการ ที่ได้รับการพัฒนาทักษะทางกาย และใจ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนผู้สูงอายุ/ผู้พิการทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวัฒนา นาคนาม มือถือ 086-4466094 โทรสาร0 5570 5200 E-mail:wathana6@gmail.com งานส่งเสริมสุขภาพ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2.ร้อยละของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน** |
| **คำนิยาม** | - หลักเกณฑ์การคัดกรองเบาหวานสำหรับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวาน และ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ได้รับการคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา เมื่อมีความเสี่ยงตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปต้องได้รับการตรวจเลือด เกณฑ์การคัดกรองมี 6 ข้อ ดังต่อไปนี้   1. มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥80 ซม.ในผู้หญิงและ/หรือดัชนีมวลกาย ≥ 25 กก./ม.2) 2. มีประวัติญาติสายตรง พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน 3. มีความดันโลหิตสูง (BP > 140/90 มม.ปรอท) หรือมีประวัติเป็นโรค ความดันโลหิตสูงหรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง 4. มีประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ (ไตรกลีเซอร์ไรด์ ≥ 250 มก./ดลและ/หรือ เอส ดี แอล คลอเลสเตอรอล < 35 มก./ดล. 5. ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG/FCG) = 100-125 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่ม   น้ำตาลกลูโคส 2 ชั่วโมง(OGTT) =140-199 มก./ดล.)  6. ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตรที่มีน้ำหนักแรก  คลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม  - การคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจเลือด(Fasting plasma glucose (FPG) หรือ Fasting capillary blood glucose (FCG) หมายถึง จำนวนประชาชนอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่รู้ตัวว่าป่วยเป็นเบาหวานและ/หรือไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค ได้รับการคัดกรองเบาหวานโดยการตรวจเลือด(Fasting plasma glucose (FPG) หรือ Fasting capillary blood glucose (FCG) หลังอดอาหาร อย่างน้อย 8 ชั่วโมง พร้อมแจ้งผลโอกาสเสี่ยงและแนวทางการปฏิบัติตนตามสถานะความเสี่ยง ทั้งหมด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชาชนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP   |  |  | | --- | --- | | ICD-10 | หมายเหตุ | | R731 | การตรวจเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง (Pre DM) (เจาะจากหลอดเลือดดำ) | | R73 | การตรวจเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง (Pre DM) (เจาะจากปลายนิ้ว) | | Z131 | คัดกรองความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน | |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. รพ.สต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนประชาชนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานตามมาตรฐาน อย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปี |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนประชาชนไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ไม่รู้ตัวว่าเป็นเบาหวานทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (อาศัยอยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือนต่อปี) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ  055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **3.ร้อยละของโรงพยาบาล 120 เตียงขึ้นไป มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | **ผู้สูงอายุ หมายความตาม หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป**  **คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง หน่วยบริการพิเศษผู้สูงอายุที่ให้บริการผู้ป่วยนอก และดำเนินการตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ**  **โรงพยาบาล 120 เตียงขึ้นไป หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 25 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 70 แห่งและโรงพยาบาลชุมชน 23 แห่ง (แบบประเมินคลินิกคุณภาพ 12 ข้อ)** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | **โรงพยาบาล 120 เตียง จำนวน 1 แห่ง /โรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง**  **(รวมไม่น้อยกว่าร้อยละ 70)** |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | **โรงพยาบาลกำแพงเพชร จำนวน 1 แห่ง**  **(เป็นเป้าหมายกระทรวง โรงพยาบาล 120 เตียง )**  **โรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง (เป็นเป้าหมายจังหวัดเชิงพัฒนา)** |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | **ใช้แบบประเมินคลินิกคุณภาพ 12 ข้อ /รายงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ** |
| **แหล่งข้อมูล** | **โรงพยาบาลทุกแห่ง** |
| **รายการข้อมูล 1** | **A= จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีคลินิกผู้สูงอายุผ่าน**  **เกณฑ์คุณภาพ จังหวัดกำแพงเพชร** |
| **รายการข้อมูล 2** | **B = จำนวนโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ในจังหวัด**  **กำแพงเพชร** |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | **(A/B) x 100** |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | **งานส่งเสริมสุขภาพนายศิลชัย ทุ่งโพธิ์ตระกูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 084-0359530** |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **4. ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีอายุ 60ปี ขึ้นไป ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าเข้าถึงบริการ** |
| **คำนิยาม** | **การเข้าถึงบริการ** หมายถึง การที่ผู้สูงอายุ ผู้ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคซึมเศร้า ได้รับการดูแลรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์ ที่มีหลักฐานทางวิชาการที่พิสูจน์ว่า ได้ผลชัดเจน เช่น จิตบำบัด เภสัชบำบัด การรักษาด้วยไฟฟ้า ฯลฯ หรือได้รับการช่วยเหลือตามแนวทางอย่างเหมาะสมจากหน่วยบริการทุกสถานบริการของประเทศไทย  **ผู้สูงอายุป่วยโรคซึมเศร้า** หมายถึง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีอาการสอดคล้องกับ Depressive Disorder ตามมาตรฐานการจำแนกโรคระหว่างประเทศขององค์กรอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD - 10: International Classification of Diseases and Health Related Problems - 10) หมวด F32, F33 และ F34.1 หรือเทียบเคียงในกลุ่มโรคเดียวกันกับการวินิจฉัยตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ฉบับที่ 4 (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders IV) ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2557 ทั้งรายเก่าและรายใหม่ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | เท่ากับหรือมากกว่า ร้อยละ 31 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | กรมสุขภาพจิตรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการจากสถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศจากการรายงานที่มี 5 ทางเลือกขึ้นกับความสะดวกของพื้นที่ดังต่อไปนี้   1. ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐานข้อมูล 21 หรือ 43 แฟ้ม 2. ข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมทาง program online 3. ข้อมูลจากการบันทึกกิจกรรมทาง program offline 4. จากการรายงานทางเอกสารด้วยแบบฟอร์มที่กำหนด 5. ข้อมูลจาก file ข้อมูลแบบ excel หรือ word 6. ข้อมูลจากการบันทึกจากมาตรฐานข้อมูล 21 หรือ 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท./รพช./รพสต. ที่ใช้ฐานข้อมูล 21 หรือ 43 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้าถึงบริการปีงบประมาณ 2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนผู้ป่วยโรคซึมเศร้าคาดประมาณจากความชุกที่ได้จากการสำรวจ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานส่งเสริมสุขภาพ นางวัฒนา นาคนาม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 086-4466094 โทรสาร0 5570 5200 |

|  |  |
| --- | --- |
| **คำนิยาม** | **5.ผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่มีการสูญเสียฟันทั้งปากและต้องการรับบริการใส่ฟันเทียม และก่อนวัยสูงอายุผู้มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ถึงอายุ 59 ปี ซึ่งเป็นผู้ต้องการใส่ฟันเทียมทั้งปาก**  **ฟันเทียมพระราชทาน หมายถึง ฟันเทียมทั้งปากหรือเกือบทั้งปาก (ตั้งแต่16ซี่ขึ้นไป) ฐานพลาสติก** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของเป้าหมายที่กำหนด |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุที่ต้องการใส่ฟัน(อายุ 50 ปี ขึ้นไป) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | วิธีรายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาล |
| **รายการข้อมูล 1** | A=ผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุที่ต้องการใส่ฟันทั้งหมดที่กำหนดเป็นเป้าหมาย |
| **รายการข้อมูล 2** | B=ผู้สูงอายุและก่อนวัยสูงอายุที่ต้องการใส่ฟันและได้รับบริการใส่ฟันเทียม |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1** | (A/B)x100 |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | โรงพยาบาลทุกแห่ง |
| **วิธีการรายงาน / ความถี่ในการรายงาน** | ระบบรายงาน 43 แฟ้ม (dental/person) / MIS ทุกเดือนที่มีผลงาน |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนภูมิภาค / ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์ / โทรสาร** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  นายทัศนัย พิลึก โทร 088-286-0445 E-mail: <[Dentkpp@gmail.com](mailto:Dentkpp@gmail.com)>  0-5570-5188 ต่อ 150 / 0-5570-5200 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | 6.ร้อยละของคนพิการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ |
| **คำนิยาม** | **คนพิการ** หมายความว่า บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางการเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร จิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้หรือความบกพร่องอื่นใด ประกอบกับมีอุปสรรคในด้านต่างๆและมีความจำเป็นพิเศษที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือด้านหนึ่งด้านใดเพื่อให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคมได้อย่างบุคคลทั่วไป ทั้งนี้ ตามประเภทและหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ประกาศกำหนด  **การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ** หมายความว่า การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของคนพิการให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือดำรงสมรรถภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้โดยอาศัยกระบวนการทางการแพทย์ การศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรือกระบวนการอื่นใดเช่นการได้รับการเอกสารรับรองความพิการ การได้รับความรู้เรื่องการดูแลตนเอง/การฟื้นฟูฯ การตรวจรักษา เป็นต้น เพื่อให้คนพิการได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมได้เต็มศักยภาพ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 90 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | คนพิการ 7 ประเภทได้แก่ ความพิการทางการมองเห็น ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ความพิการทางจิตใจและพฤติกรรม ความพิการทางด้านสติปัญญา ความพิการทางการเรียนรู้ และทางออทิสติก |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจ/ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **แหล่งข้อมูล** | จากแบบรายงานคนพิการ |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนคนพิการที่จดทะเบียนแล้วได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนคนพิการที่จดทะเบียนแล้วทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวัฒนา นาคนาม มือถือ 086-4466094 โทรสาร0 5570 5200 E-mail:wathana6@gmail.com งานส่งเสริมสุขภาพ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **7.คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับบริการครบถ้วน** |
| **คำนิยาม** | **คนพิการขาขาด** หมายถึง คนพิการที่ขาถูกตัดหรือไม่มีตั้งแต่ระดับข้อเท้าขึ้นมา  **บริการครบถ้วน** หมายถึง การบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุมเรื่องอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการได้แก่ ขาเทียม รถนั่งคนพิการ หรืออุปกรณ์ช่วยการเดินตามความเหมาะสมของคนพิการแต่ละราย |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 ภายใน 3 ปี |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | คนพิการขาขาดที่เป็นคนไทยทั้งหมดในจังหวัดที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดกำแพงเพชร |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. สสจ.กพ.ประสาน รพ./สสอ./รพ.สต.ทุกแห่ง สำรวจข้อมูลคนพิการขาขาดในจังหวัดให้แล้วเสร็จในไตรมาศ 1 โดยอสม. 2. พัฒนาระบบประสานงานส่งต่อคนพิการขาขาดที่ยังไม่ได้อุปกรณ์ไปรับบริการ 3. รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ ติดตามและรายงานผล |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ./สสอ./รพสต. |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนคนพิการขาขาดที่ได้รับบริการ |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนคนพิการขาขาดทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100 |
| **ระยะเวลาประเมิน** | ปี 2557 ได้ร้อยละ 80  ปี 2558 ได้ร้อยละ 90  ปี 2559 ได้ร้อยละ 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด/ผู้รายงานผลการดำเนินงาน** | นางวัฒนา นาคนาม มือถือ 086-4466094 โทรสาร0 5570 5200 E-mail:wathana6@gmail.com งานส่งเสริมสุขภาพ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ตัวชี้วัด: คนพิการทางการเคลื่อนไหว (ขาขาด) ได้รับบริการครบถ้วน (ร้อยละ 100) | | | | | |
| เกณฑ์การประเมิน ปี 2557 | | | | | |
|  | รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |  |
| มีฐานข้อมูลคนพิการในพื้นที่  **กิจกรรม**  1.สำรวจข้อมูลคนพิการขาขาดในพื้นที่  2.สำรวจศักยภาพโรงงานภายในพื้นที่(บุคลากร การผลิตอุปกรณ์) | มีการขึ้นทะเบียนคนพิการขาขาดเพื่อรับอุปกรณ์ที่เหมาะสม  **กิจกรรม**  1.ค้นหา ตรวจประเมิน คัดกรองความต้องการรับอุปกรณ์ที่เหมาะสมกับความพิการตามข้อมูลที่ส่วนกลาง/สสจ.ส่งให้  2.ขึ้นทะเบียนคนพิการในพื้นที่  ยืนยันและจัดส่งข้อมูลให้สสจ.กพ.เพื่อรวบรวมส่งส่วนกลางเพื่อรับการจัดสรรงบประมาณ | มีแผนปฏิบัติการและการดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้(การใช้งบประมาณและดำเนินการจัดหา)  **กิจกรรม**  1.จัดทำแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม  2.พัฒนาระบบบริการ(ศักยภาพการผลิตและบุคลากร)  3.ผลิตขาเทียมและจัดหาอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละราย | มีรายงาน/สรุปผลการดำเนินงานและประเมินการให้บริการขาขาด  **เกณฑ์**  ร้อยละ 80 ของคนพิการขาขาดได้รับการใส่ขาเทียมหรือได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละราย |
| **วิธีการประเมิน**  ขั้นตอนที่1. พื้นที่ประเมินตนเองโดยส่งรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯเพื่อรวบรวมส่งส่วนกลางที่รับผิดชอบ  ขั้นตอนที่2. สุ่มตรวจในพื้นที่  ขั้นตอนที่3. ตรวจราชการในพื้นที่โดยผู้ตรวจราชการ | | | | | |
| **เอกสารสนับสนุน**   1. แหล่งข้อมูลจำนวนคนพิการขาขาดจาก สปสช. 2. มาตรฐานการผลิตกายอุปกรณ์ (ขาเทียม) | | | | | |

**การสนับสนุนจากส่วนกลาง**

1. ฐานข้อมูลคนพิการขาขาดในจังหวัด
2. ฐานข้อมูลศักยภาพในการผลิตขาเทียมของโรงงานกายอุปกรณ์ในจังหวัดและจังหวัดใกล้เคียง (กรณีพื้นที่นั้นๆ ไม่มีโรงงานกายอุปกรณ์)
3. งบประมาณในการดำเนินการหรืออุปกรณ์การผลิตขาเทียม
4. การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาบุคลากรในการผลิตขาเทียมที่มีคุณภาพ
5. คู่มือมาตรฐานการผลิตกายอุปกรณ์ (ขาเทียม)
6. คู่มือคุณลักษณะส่วนประกอบขาเทียม

เกณฑ์การประเมิน ปี 2558

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| 1. มีการสรุปผลการดำเนินงานในรอบปี 2557 และรวบรวมข้อมูลส่งสสจ.กพ.เพื่อรวบรวมส่งส่วนกลาง  2. มีรายงานการทบทวนและจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี  3. มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการ | มีการรายงานผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือน | มีการรายงานผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน | มีรายงาน/สรุปผลการดำเนินงานและประเมินการให้บริการขาขาด  **เกณฑ์**  ร้อยละ 90 ของคนพิการขาขาดได้รับการใส่ขาเทียมหรือได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละราย |

เกณฑ์การประเมิน ปี 2559

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| รอบ 3 เดือน | รอบ 6 เดือน | รอบ 9 เดือน | รอบ 12 เดือน |
| 1. มีการสรุปผลการดำเนินงานในรอบปี 2558 และรวบรวมข้อมูลส่งสสจ.กพ.เพื่อรวบรวมส่งส่วนกลาง  2. มีรายงานการทบทวนและจัดทำแผนปฏิบัติงานประจำปี  3. มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการ | มีการรายงานผลการดำเนินงานในรอบ 6 เดือน | มีการรายงานผลการดำเนินงานรอบ 9 เดือน | มีรายงาน/สรุปผลการดำเนินงานและประเมินการให้บริการขาขาด  **เกณฑ์**  ร้อยละ 100 ของคนพิการขาขาดได้รับการใส่ขาเทียมหรือได้รับอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่เหมาะสมกับความพิการแต่ละราย |

**6.1.คุณภาพระบบการแพทย์และระบบการให้บริการ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์ (S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | ร้อยละของ ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน(STEMI)ได้รับยาละลายลิ่มเลือดและ/หรือยาขยายหลอดเลือดหัวใจ | S2 | MIS | ncd |
| 2 | อัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคCOPD(ครั้งต่อแสนประชากร) | S2 | MIS | ncd |
| 3 | จำนวน รพ.สต.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากเพิ่มในแต่ละเขตบริการ | S2 | ประเมิน | ทันต |
| 4 | สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยนอกเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงทีไปรับการ รักษาที่ ศสม./รพ.สต. | S2 | MIS | พัฒน์ |
| 5 | สถานพยาบาลเอกชน/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้ คุณภาพมาตรฐานตามกฎหมาย | S2 | ประเมิน | คบส |
| 6 | ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐาน HA | S2 | ประเมิน | พัฒน์ |
| 7 | หน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายผ่านเกณฑ์และเครือข่ายผ่านเกณฑ์ PCA | S2 | ประเมิน/รายงาน | พัฒน์ |
| 8 | คลินิก NCD คุณภาพ | S2 | ประเมิน | ncd |
| 9 | คลินกจิตเวชคุณภาพ | S2 | ประเมิน | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 10 | คลินก CKD คุณภาพ | S2 | ประเมิน | ncd |
| 11 | 72.1คลินิกเอดส์ คุณภาพ | S2 | ประเมิน | เอดส์ |
| 12 | 72.2คลินิกวัณโรคคุณภาพ | S2 | ประเมิน | คร/เอดส์ |
| 13 | อัตราผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดต้อกระจก (เฉพาะ รพ กพ)เพิ่มขึ้น H54 | S2 | MIS | ncd |
| 14 | จังหวัดที่มี ศสม. ในเขตเมืองตามเกณฑ์ที่กำหนด ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน | S2 | ประเมิน | พัฒน์ |
| 15 | เครือข่ายห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐานร้อยละ100 | S2 | ประเมิน | พัฒน์ |
| - ศสม./รพ.สต. |
| - รพท./รพช.(คะแนนรวมตามมาตรฐานLA) |
| -ห้องปฎิบัติการรังสีวินิฉัย |
| 16 | ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการทางการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก | S2 | MIS | คบส |
| 103.1 รพท. |
| 103.2รพช. |
| 103.3 รพ.สต. |
| **6.1.คุณภาพระบบการแพทย์และระบบการให้บริการ (ต่อ)** | | | | |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์ (S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 17 | 17.1 รพท. ทีมี CMI ไม่น้อยกว่า1.3 และสัดส่วนผู้ป่วยในที่มีค่าadjiut RW ต่ำกว่า0.5ไม่น้อยกว่าร้อยละ 30 | S2 | ประเมิน/MIS | ประกัน |
| 17.2 รพช. ทีมี CMI ไม่น้อยกว่า 0.6 | S2 | ประเมิน |
| 17.2 รพ.ขาณุ. ทีมี CMI ไม่น้อยกว่า 0.8 | S2 | ประเมิน |
| 18 | ลดความแออัดและลดเวลารอคอย | | | |
| - ลดความแออัด | S2 | MIS | พัฒน์ |
| - ลดระยะเวลารอคอย | S2 | สำรวจ | พัฒน์ |
| 19 | จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการลดลง | S2 | ntab,thairefer | พัฒน์ |
| 20 | เครือข่ายบริการมีระบบพัฒนา Service plan ทีมีการดำเนินการได้ตามแผนระดับ1-5 ใน 12 คณะ | S2 | ประเมิน | พัฒน์/ยุทธ์ |
| 21 | ระดับการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) | S2 | ประเมิน | พัฒน์ |
| 22 | ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการความพึงพอใจงานความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรด้านสุขภาพ | S2 | ประเมิน | พัฒน์/ทรัพยากรมนุษย์ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1.ร้อยละของผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ได้รับยาละลายลิ่มเลือด และ/หรือ การขยายหลอดเลือดหัวใจ ( PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)** |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI** หมายถึง กล้ามเนื้อหัวใจที่ขาดเลือดมาเลี้ยงจนเกิดการตายของกล้ามเนื้อ และมีคลื่น ไฟฟ้าหัวใจผิดปกติแบบเอสทียกขึ้น (ST segment elevation) ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตสูง ฉะนั้นการให้การวินิจฉัยและรักษาภายในระยะเวลาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที จะช่วยลดอัตราการการตายของผู้ป่วย โดยวิธีการให้ยาละลายลิ่มเลือด( Thrombolytic Agent ) และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ( PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention)  **กลวิธีการดำเนินงาน**  - เพิ่มหน่วยบริการที่สามารถให้บริการ โดยวิธีให้ยาละลายลิ่มเลือด - ปรับระบบการส่งต่อ และแนวทางการรับผู้ป่วยเพื่อให้สามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม (Golden Time) ทั้ง (Thrombolytic Agent) และ/หรือการขยายหลอดเลือดหัวใจ (PPCI – Primary Percutaneous Cardiac Intervention) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | **ปี 2557 ร้อยละ 70** ปี 2558 ร้อยละ 75 ปี 2559 ร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย STEMI |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ประมวลผลข้อมูลจากระบบข้อมูล 21 / 43 แฟ้ม |
| **แหล่งข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม รพท. รพช. |
| **รายการข้อมูล 1** | A = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO = I21.0 - I21.3 และรหัส ICD 9-CM ดังนี้ 99.10 (Thrombolytic agent)หรือ/และ 37.68 (PPCI) |
| **รายการข้อมูล 2** | B = ผู้ป่วยนอก,ผู้ป่วยใน รหัส ICD 10-WHO = I21.0 - I21.3 ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ปีละ 1 ครั้ง ติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 3 เดือน |
| **เกณฑ์การประเมินผล** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ขั้นตอนที่ 1-4 | ขั้นตอนที่ 1-4 | ขั้นตอนที่ 1-4 | ขั้นตอนที่ 1-5 | |
| **วิธีการประเมินผล** | **ขั้นตอนที่ 1** แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและจัดบริการการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในระดับจังหวัดและระดับเขต  **ขั้นตอนที่ 2** จัดทาคู่มือและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ทั้งในและนอกเขตบริการสุขภาพ  **ขั้นตอนที่ 3** จัดรูปแบบการให้บริการ การคัดกรอง การวินิจฉัย การรักษาด้วยยาขยายหลอดเลือดในผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน  **ขั้นตอนที่ 4** การจัดระบบส่งต่อ Fast Tract  **ขั้นตอนที่ 5** พัฒนาระบบ consult referral system |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2.ร้อยละของโรงพยาบาลมีการจัดระบบบริการ CKD clinic** |
| **คำนิยาม** | **CKD clinic** หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ได้ครบทุกระยะและเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งต้องมีองค์ประกอบ 3 ข้อ ดังต่อไปนี้ 1. บุคลากร ประกอบด้วย 1.1 แพทย์ 1.2. พยาบาล 1.3. นักกำหนดอาหาร หรือ นักโภชนาการ 1.4. เภสัชกร ระบุคนที่แน่นอน 1.5 นักกายภาพบาบัด ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับศักยภาพของโรงพยาบาล 2. EDUCATION PROGRAM ประกอบด้วย 2.1. การใช้ยา 2.2. การรับประทานอาหาร 2.3 การปฏิบัติตัว 2.4. ในระดับ รพศ./รพท. มีการให้คำแนะนำและเตรียมพร้อมผู้ป่วย CKD 3.มีการจัดทาระบบข้อมูลผู้ปุวยโรคไตเรื้อรัง เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล **หมายเหตุ** 1.กำหนดให้ รพ.ระดับ รพศ.(A)/รพท.(S)/รพท.ขนาดเล็ก (M1) ที่จัดตั้ง CKD CLINIC ต้องมีองค์ประกอบครบ ทั้ง 3 ข้อ ถ้าไม่มีต้องพัฒนาต่อไป 2.ระดับ รพช. (M2,F) จัดให้มีบริการรักษา และให้ความรู้ผู้ป่วย CKD ตามองค์ประกอบและมีบุคลากรตามกรอบอัตรากำลังและมีแนวทาง (CPG) การส่งต่อผู้ป่วย CKD ไป รพ. A ,S ,M1 ตามความรุนแรงของโรคไต |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพท. รพช. |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจติดตาม ประเมินคุณภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท. รพช. |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดระบบบริการ CKD clinic |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดกำแพงเพชร (11 แห่ง)  (ยกเว้น โรงพยาบาลโกสัมพีนคร) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ  055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **3.ร้อยละของ รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | **รพ.สต./ศสม. ที่ให้บริการสุขภาพช่องปาก** **หมายถึง** รพ.สต. และ ศสม. ที่มี  ทันตาภิบาลให้บริการประจำ หรือ มีการจัดบริการสุขภาพช่องปากโดยมีทันตบุคลากรทันตแพทย์หรือทันตาภิบาลหมุนเวียนให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน  **บริการสุขภาพช่องปากที่มีคุณภาพ หมายถึง** การให้บริการส่งเสริมทันตสุขภาพ  ทันตกรรมป้องกัน และ บริการทันตกรรมขั้นพื้นฐาน ทั้งในสถานบริการสุขภาพ และ นอกสถานบริการสุขภาพ ได้ตามเกณฑ์ กิจกรรมบริการสุขภาพช่องปากในกลุ่มเป้าหมายต่างๆตามเกณฑ์ คือ  **1) คลินิกฝากครรภ์ (ANC)** คือ การตรวจสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์อย่างน้อย 1 ครั้ง บริการขูดหินน้ำลายทำความสะอาดฟันและบริการทันตกรรม(อุดฟัน/ถอนฟัน)หรือส่งต่อในรายที่จำเป็น  2) **คลินิกส่งเสริมสุขภาพเด็กดี(WCC)**มีการให้แปรงและยาสีฟันแก่เด็กทุกคนที่มารับบริการ มีการตรวจช่องปาก ตรวจความสะอาด และประเมินความเสี่ยงต่อโรคฟันผุของเด็กการฝึกพ่อแม่/ผู้ดูแลเด็กแปรงฟันให้เด็กแบบลงมือปฏิบัติ จัดระบบเฝ้าระวัง ติดตาม ดูแลต่อเนื่องในเด็กกลุ่มเสี่ยง (เด็กกลุ่มเสี่ยงคือ เด็กที่ฟันไม่สะอาด/ฟันมีรอยขาวขุ่น)และเด็กที่มีฟันผุ ให้บริการเด็กที่มีภาวะเสี่ยงด้วยการทาฟลูออไรด์วาร์นิชทุก 6 เดือน  3) **ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก คือ** การตรวจสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์เด็กเล็กทุกคนปีละ 1 ครั้งและ แจ้งผลการตรวจให้แก่พ่อแม่หรือผู้ปกครองพร้อมทั้งให้คำแนะนำว่าเด็กกลุ่มเสี่ยงควรได้รับการทาฟลูออไรด์วาร์นิช ภาคเรียนละ 1 ครั้ง โดยทันตบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ผ่านการอบรม สนับสนุนให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันให้เด็กและ สนับสนุนครูผู้ดูแลเด็กตรวจความสะอาดฟันเด็กหลังการแปรงฟัน ให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจัดกิจกรรมด้านอาหารและอาหารว่างที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก  4)**โรงเรียนประถมศึกษา** คือ การตรวจสุขภาพช่องปากนักเรียนประถมศึกษาทุกคนปีละ 1 ครั้งให้บริการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ซี่ที่ 1 แก่เด็กนักเรียนประถมศึกษา การให้บริการทันตกรรมแก่นักเรียนประถมศึกษาตามความจำเป็นสนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมให้เด็กแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างถูกต้องด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวันที่โรงเรียนสนับสนุนให้โรงเรียนจัดกิจกรรมด้านอาหารและอาหารว่างที่เอื้อต่อสุขภาพช่องปาก และ  5**) กลุ่มผู้สูงอายุ** คือ การตรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง สนับสนุนการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในชมรมผู้สูงอายุทุกครั้งที่มีการประชุม หรือการเยี่ยมบ้านสมาชิก |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 45 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | วิธีรายงาน/ติดตาม นิเทศ ประเมินผล |
| **แหล่งข้อมูล** | ผลงานบริการทันตกรรมจากระบบรายงาน 21 / 43 แฟ้ม รายรพ.สต.และรายเครือข่ายบริการ /รายงานผลการดำเนินการจัดบริการและการสนับสนุนในรพ.สต./ศสม. ระดับจังหวัดของกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนรพ.สต./ศสม.ที่ให้บริการสุขภาพช่องปากได้คุณภาพตามเกณฑ์ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนรพ.สต./ศสม.ทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1** | (A/B)x100 |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต./ศสม. และโรงพยาบาลทุกแห่ง |
| **วิธีการรายงาน / ความถี่ในการรายงาน** | ระบบรายงาน 43 แฟ้ม (dental/person) /MIS  ทุกเดือนที่มีผลงาน ใน 1ปี งบประมาณ |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด** | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนกลาง** | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนภูมิภาค / ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์ / โทรสาร** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  นางสาวพยอม คำอาจ โทร 089-702-4228 Email: <[Dentkpp@gmail.com](mailto:Dentkpp@gmail.com)>  0-5570-5188 ต่อ 150 / 0-5570-5200 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **4. สัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยนอกเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ไปรับการรักษาที่ ศสม.และรพ.สต.** |
| **คำนิยาม** | **- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)** หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งในเขตเทศบาลเมือง/นคร หรือเขตชุมชนหนาแน่นที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ไม่ใช่สถานบริการเฉพาะผู้ป่วยนอก (Extended OPD) แต่เน้นบริการสุขภาพในพื้นที่เชิงรุก (Community Health Service)  **- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)** หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่ตั้งอยู่ในเขตชนบท ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค เน้นบริการสุขภาพในพื้นที่เชิงรุก (Community Health Service) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 50  2 ระดับ – ภาพรวมเครือข่าย(CUP) - รายรพ.สต. |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาล(แม่ข่าย) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้มบันทึกข้อมูลในโปรแกรมของสถานบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | ศสม/รพ.สต ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนผู้ป่วยนอกเบาหวานและความดันโลหิตสูงมารับการรักษาที่ ศสม.และรพ.สต. ทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (ระดับCUP และรพ.สต.)  ICD 10, I10, E119 |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนผู้ป่วยนอกเบาหวานและความดันโลหิตสูงทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ (ประชากรกลุ่มเป้าหมาย) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางมลวิภา กาศสมบูรณ์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | | **5. สถานพยาบาลเอกชน/สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้คุณภาพมาตรฐานตามกฎหมาย** | |
| **คำนิยาม** | | **สถานพยาบาลเอกชน** หมายถึง สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (คลินิก) และสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน (โรงพยาบาล/ สถานพยาบาลเอกชน) ของกระทรวงสาธารณสุข  **สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ** หมายถึง สถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวยที่ใช้ในการประกอบกิจการสปาเพื่อสุขภาพ กิจการนวดเพื่อสุขภาพ หรือกิจการนวดเพื่อเสริมสวย ซึ่งกิจการดังกล่าวไม่เข้าข่ายการประกอบการศิลปะตามกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ และการประกอบวิชาชีพอื่นตามกฎหมาย ว่าด้วยวิชาชีพทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล  **ได้คุณภาพมาตรฐานตามกฎหมาย** หมายถึง ได้คุณภาพมาตรฐาน ตามแนวทางการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานพยาบาล/มาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข หรือรวมทั้งมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation) หรือ มาตรฐาน JCI (Joint commission International Accredited) มี 5 ขั้นตอนหลัก ดังนี้  1.มีข้อมูลพื้นฐาน 2.มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน 3.ออกตรวจสถานพยาบาล 4.มีการรายงานผล 5.มีการส่งเสริมผู้ประกอบการจนได้มาตรฐาน | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | ผ่านเกณฑ์ระดับ 3 | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | สถานพยาบาลเอกชน และ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | สำรวจ | |
| **แหล่งข้อมูล** | | - | |
| **รายการข้อมูล 1** | | **-** | |
| **รายการข้อมูล 2** | | - | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข | |
| **ตัวชี้วัด** | | **6.ระดับความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลตามมาตรฐานHA** | |
| **คำนิยาม** | | โรงพยาบาลมีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน และได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน HA (Hospital Accreditation)โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อกระตุ้นให้เกิดการพัฒนาระบบงานภายในของโรงพยาบาลอย่างเป็นระบบและพัฒนาทั้งองค์กร ทำให้องค์กรเกิดการเรียนรู้มีการประเมินและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) แบ่งกระบวนการรับรองเป็น 3 ขั้น ดังนี้  **- HA ขั้น 1**หมายถึง โรงพยาบาลมีคุณภาพการสำรวจและป้องกันความเสี่ยง นำปัญหามาทบทวน เพื่อแก้ไขป้องกัน ปฏิบัติตามแนวทางป้องกันปัญหาครอบคลุมปัญหาที่เคยเกิด/มีโอกาสเกิดสูง  **- HA ขั้น 2** หมายถึง โรงพยาบาลมีการประกันและพัฒนาคุณภาพ วิเคราะห์เป้าหมาย/กระบวนการ/พัฒนาคุณภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมาย/ครอบคลุมกระบวนการสำคัญทั้งหมด ปฏิบัติตามมาตรฐาน HAในส่วนที่ไม่ยากเกินไป  **- HA ขั้น 3** หมายถึง โรงพยาบาลมีวัฒนธรรมคุณภาพ เริ่มด้วยการประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA พัฒนาอย่างเชื่อมโยง เป็นองค์กรเรียนรู้ /ผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ปฏิบัติตามมาตรฐาน HA ได้ครบถ้วนหมายถึง ระดับขั้นความสำเร็จของโรงพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพและประเมินมาตรฐานHospital Accreditationจาก สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน)  หมายเหตุ ทั้งนี้ โรงพยาบาลต้องมีการดำเนินการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ ผ่านเกณฑ์การประเมิน**ระดับดีขึ้นไป(180 คะแนนขึ้นไป)**  **องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการ**  1.แต่งตั้งคณะกรรมการเพื่อกำหนดนโยบายและมาตรการขับเคลื่อนในโรงพยาบาล  2.ประกาศนโยบายและมาตรการการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการ  3.สื่อสารนโยบายและมาตรการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพด้านอาหารและโภชนาการให้ผู้เกี่ยวข้องและประชาชนทราบอย่างน้อยปีละครั้ง  4. นำนโยบาย/มาตรการสู่การปฏิบัติ และมีแผนปฏิบัติงานรองรับ  **องค์ประกอบที่ 2การดำเนินงาน**  5.อาหารปลอดภัยในโรงครัวของโรงพยาบาล  6.สถานที่ประกอบอาหารผู้ป่วยในโรงพยาบาล  7. อาหารเพื่อสุขภาพและอาหารปลอดภัยในร้านจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล  8.จัดการประชุมตามแนวทาง Healthy Meeting โดยอ้างอิงเกณฑ์เมนูอาหารว่างเพื่อสุขภาพอย่างน้อยร้อยละ 50 ของการจัด  9.การสื่อสารและให้ความรู้แก่ผู้รับบริการด้านอาหารและโภชนาการ | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | โรงพยาบาลผ่านการรับรองคุณภาพขั้น 3 | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | โรงพยาบาลทุกแห่ง (12 แห่ง) | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | ข้อมูลจาก www.ha.or.th | |
| **แหล่งข้อมูล** | | ประเมินคุณภาพ/สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน) | |
| **ระดับคะแนน** | | ระดับคะแนน 5 ผ่านการรับรองคุณภาพขั้น 3ไม่หมดอายุ  ระดับคะแนน 4 ผ่านการรับรองคุณภาพขั้น 3หมดอายุ/ผ่านการรับรอง  คุณภาพขั้นที่ 2 ไม่หมดอายุและมีการขอรับการตรวจ  ประเมินเลื่อนระดับ  ระดับคะแนน 3 ผ่านการรับรองคุณภาพขั้นที่ 2  ระดับคะแนน 2 ผ่านการรับรองคุณภาพขั้นที่ 1  ระดับคะแนน 1 ผ่านการรับรองคุณภาพขั้นที่ 1,2 หมดอายุ | |
| **รายการข้อมูล 1** | | - | |
| **รายการข้อมูล 2** | | - | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | นางมลุลี แก้วหิรัญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  055-705187-8ต่อ 306และ 119 | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **7.ร้อยละของรพ.สต.และเครือข่ายบริการปฐมผ่านเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด(มาตรฐาน PCA )** | | | | |
| **คำอธิบายนิยาม**  **ตัวชี้วัด:** | เครือข่ายบริการปฐมภูมิและสถานบริการระดับปฐมภูมิ ( รพ.สต.) มีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้มาตรฐานและกระบวนการเรียนรู้ระหว่างผู้ปฎิบัติผู้บริหารระดับอำเภอ และเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (CUP) ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชน เน้นการให้บริการองค์รวม ต่อเนื่อง ผสมผสาน ดูแลประชาชนแต่ละคนแต่ละกลุ่มวัย บูรณาการทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสภาพ ครอบคลุมมิติด้านกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อมของประชาชนและผู้รับบริการ เพื่อพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการ ความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชน นำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ชุมชนมีส่วนร่วม และประชาชนพึ่งตนเองได้อย่างยั่งยืนโดยการนำกระบวนการพัฒนาคุณภาพ PMQA 6 หมวดมาพัฒนาเพื่อประเมินตามตามระดับการพัฒนา ดังนี้   |  |  | | --- | --- | | **เข้าสู่กระบวนการ** | มีการประเมินตนเอง | | **ขั้นที่ 1** | 1.ประเมินตนเองตามหมวด P หมวด 6  2.ประเมินการจัดระบบปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย | | **ขั้นที่ 2** | 1.วิเคราะห์หาสาเหตุ มีแนวทางแก้ไขปัญหา 2.ประเมินตนเองหมวด 3หมวด 6 ข้อ6.1.1/6.1.2 หมวด 7 ข้อ 7.2หรือหมวด1,2,3,4,5, 6  3.จัดทำแผนพัฒนาปัญหาที่พบบ่อยในพื้นที่ | | **ขั้นที่ 3** | 1.มีระบบงานและแนวทางในการปฎิบัติ 2.มีการประเมินที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์ที่ดี 3.มีการวางแผนสนับสนุนที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา | | **ขั้นที่ 4** | 1.มีผลลัพธ์ค่าเฉลี่ยดี2.มีรูปแบบการจัดการโครงสร้างบริหารCUP ที่มีประสิทธิภาพ | | **ขั้นที่ 5** | 1.มีผลลัพธ์อยู่ในระบบดี และเป็นแบบอย่างได้ 2.มีระบบบริการจัดการของCUP ที่มีประสิทธิภาพตามหลักธรรมมาภิบาล | | | | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone) ดังนี้ | | | | |
| **ระดับคะแนน** | **ระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)** | | | | |
| **ขั้นที่ 1** | **ขั้นที่ 2** | **ขั้นที่ 3** | **ขั้นที่ 4** | **ขั้นที่ 5** |
| **1.** | √ |  |  |  |  |
| **2.** | √ | √ |  |  |  |
| **3.** | √ | √ | √ |  |  |
| **4.** | √ | √ | √ | √ |  |
| **5.** | √ | √ | √ | √ | √ |
| **ระดับคะแนน** | **เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน** | | | | |
| 1 | **ขั้นที่ 1**รู้จักตนเอง ทราบปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่สำคัญและมีการจัดการปัญหาความเสี่ยงที่สำคัญ | | | | |
| **2** | **ขั้นที่ 2** วิเคราะห์หาสาเหตุ มีแนวทางมาตรการแก้ไขปัญหา ความเสี่ยงที่สำคัญ รวมทั้งปัญหาและความเสี่ยงที่สำคัญได้รับการแก้ไข | | | | |
| **3** | **ขั้นที่ 3** - เชื่อมโยงผลงานกับผลลัพธ์สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่  - มีระบบงานและแนวทางที่สำคัญและมีการนำเอามามาตรฐาน PCA สู่การปฏิบัติจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี | | | | |
| **4** | **ขั้นที่ 4** มีการนำมาตรรฐานPCA สู่การปฏิบัติครบทุกหมวด มีผลลัพธ์/แนวโน้มที่ดีขึ้น | | | | |
| **5** | ขั้นที่ 5 มีผลลัพธ์อยู่ในระดับดีและบางระบบสามารถเป็นแบบอย่างที่ดี | | | | |
| **เกณฑ์** | -พัฒนายกระดับสู่ขั้นที่ 3 | | | | |
| **เป้าหมาย** | เครือข่ายบริการปฐมภูมิ 11 แห่ง /รพ.สต. 122แห่ง/ศสม. 2แห่ง | | | | |
| **สูตรคำนวณ** | จำนวนรพ.สต.ผ่านการประเมินตามมาตรฐาน PCA X 100จำนวนรพ.สต.ทั้งหมด | | | | |
| **แหล่งข้อมูล:** | - ข้อมูลจากผลการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน /ข้อมูลจากการเยี่ยมของ QRT | | | | |
| **วิธีการจัดเก็บ** | สรุปผลการประเมินจากคณะกรรมการ | | | | |
| **ผู้รับผิดชอบ** | นางมลุลี แก้วหิรัญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  055-705187-8ต่อ 306และ 119 | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | | **8.ร้อยละของ NCD clinic ผ่านเกณฑ์คุณภาพ** | |
| **คำนิยาม** | | **คลินิก NCD คุณภาพ** หมายถึง คลินิก/ศูนย์/เครือข่ายของคลินิกในสถานบริการ ที่เชื่อมโยงในการบริหารจัดการและดาเนินการทางคลินิกให้เกิดกระบวนการ ป้องกัน ควบคุมและดูแลจัดการโรคเรื้อรังแก่บุคคลที่เข้ามารับการวินิจฉัยโรค กลุ่มเสี่ยงสูงมาก และกลุ่มป่วยเพื่อการดูแลลดปัจจัยเสี่ยง/โอกาสเสี่ยง รักษา ควบคุมความรุนแรงของโรค เพิ่มความสามารถการจัดการตนเอง และส่งต่อการรักษาดูแลที่จาเป็นในระหว่างทีมใน/ระหว่างทีมและเครือข่ายการบริการ  **องค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ** ได้แก่  1) มีทิศทางและนโยบาย  2) มีการปรับระบบและกระบวนการบริการ  3) จัดบริการเชื่อมโยงชุมชน  4) มีระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง  5) มีระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และ  6) มีระบบสารสนเทศ  **เกณฑ์ผลลัพธ์การรักษาดูแลผู้ป่วย** คลินิก NCD ติดตามผลการป้องกันและการจัดการดูแลทั้งโดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา ในการลดเสี่ยง ลดโอกาสเสี่ยง ลดโรคและภาวะแทรกซ้อน ได้แก่  1) ประเมินความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk)  2) การลดปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย 3) การคัดกรองการสูบบุหรี่ 4) การคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประเมินภาวะเครียดและการติดสุรา  5) ผู้ป่วย DM/HT ควบคุมระดับน้าตาล/ระดับความดันโลหิตได้ดีตามเปู้าหมายในแต่ละระยะของโรค 6) การคัดกรองภาวะแทรกซ้อน  7) คุณภาพการดูแลรักษา/ ส่งต่อผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน และ/หรือมีปัญหาการควบคุมไม่ได้ดีตามเป้าหมายอย่างต่อเนื่องติดกัน สุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ไตเสื่อม เป็นต้น  8) ลดการนอนโรงพยาบาลไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า (unexpected admission rate) 9) ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง  10) ลดอัตราการเสียชีวิต ที่สัมพันธ์โดยตรงจากโรคเรื้อรัง | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | ร้อยละ 70 | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | รพท. / รพช. | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | สุ่มสำรวจประเมินเชิงคุณภาพปีละ 1 ครั้ง | |
| **แหล่งข้อมูล** | | ผลการประเมินตนเองเบื้องต้น จากหน่วยบริการ | |
| **รายการข้อมูล 1** | | A = จำนวน NCD clinic ที่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ปี 2557 | |
| **รายการข้อมูล 2** | | B = จำนวน NCD clinic ของหน่วยบริการสาธารณสุขทั้งหมดในจังหวัด | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B) X 100 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ 055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 | |
| **ตัวชี้วัด** | | **9.คลินิกจิตเวชคุณภาพ** | |
| **คำนิยาม** | | **คลินิกจิตเวชคุณภาพ** หมายถึง คลินิกจิตเวชในโรงพยาบาลทุกแห่ง และการให้บริการด้านสุขภาพจิตในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่มีการดำเนินงานและผ่านการประเมินตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ สำหรับ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | ร้อยละของหน่วยบริการที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 1   * ร้อยละ 70 โรงพยาบาลชุมชน * ร้อยละ 50 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | หน่วยบริการ ทุกแห่ง | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | การประเมินตนเอง และการนิเทศของทีมระดับอำเภอและจังหวัด | |
| **แหล่งข้อมูล** | | โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง | |
| **รายการข้อมูล 1** | | A1 = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 1 A2 = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 1 | |
| **รายการข้อมูล 2** | | B1 = จำนวนโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด B2 = จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | 1. (A1/B1) x 100 2. (A2/B2) x 100 | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ นางมรกต สมพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 081-5528502 | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **10.CKD clinic คุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | **CKD clinic คุณภาพ**  หมายถึง หน่วยบริการในสถานบริการสุขภาพ ที่มีการจัดระบบบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง และเป็นการส่งเสริมป้องกันการชะลอความเสื่อมของไตได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐาน  คลินิกโรคไต**(CKD clinic และ Modified CKD clinic)**พิจารณาตามการผ่านเกณฑ์มาตรฐานตัวชี้วัดตามสมาคมโรคไต 15 ตัวชี้วัด (อ้างอิงจากสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย) รพช.ผ่านเกณฑ์ข้อ1- 9 รพท.ผ่านข้อเกณฑ์ 1-15   |  |  | | --- | --- | | มาตรฐานตัวชี้วัด | เกณฑ์ | | 1. ผู้ป่วยโรคไตMean BP<130/80 mmHg | > 60% | | 2. ผู้ป่วยโรคไตได้รับ ACEi/ARBs | > 60% | | 3. ผู้ป่วยโรคไตมี Rate decline of eGFR <4ml/min/1.73m2/year | > 50% | | 4. Hb >10 g/dl | > 60% | | 5. HbA1C < 7% (ผู้ป่วยโรคเบาหวาน) | > 40% | | 6. LDL cholesterol < 100 mg/dl | > 40% | | 7. ผู้ป่วยโรคไตมีค่า serum potassium < 5.5 mEq/L | > 80% | | 8. ผู้ป่วยโรคไตมีค่า serum bicarbonate > 22 mEq/L | > 80% | | 9. ผู้ป่วยโรคไตได้รับตรวจ Urine protein โดยใช้แถบสีจุ่ม (dipstick) | > 80% | | 10.ผู้ป่วยโรคไตได้รับการประเมิน Urine protein-creatinine ratio(UPCR) หรือUrine protein24 hr | > 40% | | 11.UPCR < 500 mg/g หรือ 24-h urine protein < 500 mg/day | > 40% | | 12.Serum phosphate<4.5mg/dl | > 50% | | 13.ผู้ป่วยโรคไตมีค่า serum parathyroid hormone อยู่ในระดับเหมาะสม คือ  CKD stage 3  (eGFR of 30-59 mL/min per 1.73 m2 ):35-70 pg/mL  CKD stage 4  (eGFR of 15-29 mL/min per 1.73 m2 ):70–110 pg/mL  CKD stage 5  (eGFR of <15 mL/min per1.73 m2 ):150-300 pg/mL | > 50% | | 14.ผู้ป่วยโรคไตได้รับการ Emergency vascular access ก่อนเริ่ม Renal replacement therapy | < 20% | | 15.ผู้ป่วยโรคไตได้รับความรู้ในการชะลอไตเสื่อมครบ ตาม Modules ของสมาคมโรคไตฯ | > 60% | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 50 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพท. รพช. |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจติดตาม ประเมินคุณภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท. รพช. |
| **รายการข้อมูล 1** | A= จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน CKD clinic คุณภาพ |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัดกำแพงเพชร (11 แห่ง)  (ยกเว้น โรงพยาบาลโกสัมพีนคร) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ  055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **11.มาตรฐานการจัดบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์** |
| **คำนิยาม** | มาตรฐานการจัดบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึงระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ของกรมควบคุมโรค |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ระดับคะแนน 1 ไม่ทำ HIVQUAL-T  ระดับคะแนน 2 ส่ง HIVQUAL-T ไม่ทันเวลา  ระดับคะแนน 3ส่งHIVQUAL-Tทันเวลา  ระดับคะแนน 4ส่ง HIVQUAL-T และมีกระบวนการ QI memo  ระดับคะแนน 5ส่งHIVQUAL-T และมีกระบวนการ CQI(QI Stroy) |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาล จำนวน 11 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1.หน่วยบริการบันทึกข้อมูล และส่งออกข้อมูลมายังสาธารณสุขจังหวัด เพื่อส่งข้อมูลไปที่ [www.cqihiv.com](http://www.cqihiv.com)  2.รายงานเรื่องเล่า(QI Story) |
| **แหล่งข้อมูล** | 1.โปรแกรม HIVQUAL-T  2.www.cqihiv.com |
| **รายการข้อมูล 1** | เป็นการประเมินผลกระบวนการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T  จัดเก็บปีละ 1 ครั้ง |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์  นางวิมานรดี รัตนประภา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  055-705187-8ต่อ146 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **12.คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | “คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพ”หมายถึงอำเภอมีผลการประเมินมาตรฐานระดับ A (มีผลคะแนนรวมตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับ A ในเขต อำเภอในพื้นที่เสี่ยงสูง3 อำเภอ ได้แก่ อ.เมือง,ขาณุวรลักษบุรีและคลองขลุงอำเภอจากการสุ่ม 1 อำเภอ ได้แก่ อ.พรานกระต่าย |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | อำเภอ ในจังหวัดกำแพงเพชรจำนวน 11 อำเภอ และรพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ใช้คู่มือประเมินมาตรฐาน “คลินิกวัณโรคที่มีคุณภาพปี 2557”**ครั้งที่ 1 อำเภอ รายงานผลการประเมินตนเอง ณวันที่ 25 ธันวาคม 2556** อำเภอทุกแห่งและรพ.ทุ่งโพธิ์ทะเล ประเมินตนเอง โดยดำเนินการไตรมาสแรก และส่งผลการประเมินให้ สสจ. ภายในวันที่ 25 ธันวาคม 2556 โดยสสจ. ตรวจสอบความครบถ้วนของรายงานและรวบรวมส่งให้ สคร. ภายในวันที่ 3 มกราคม 2557**ครั้งที่ 2 รายงานผลการประเมิน ณ วันที่ 20 กรกฏาคม 2557**สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8 ประเมินในอำเภอที่เป็นพื้นที่เสี่ยงสูง และสุ่มร้อยละ 10 ในอำเภอที่เป็นพื้นที่ปกติ สสจ.ประเมินอำเภอที่เหลือดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2557 และส่งผลการประเมินให้ สำนักวัณโรค ภายในวันที่ 20 กรกฏาคม 2557 |
| **แหล่งข้อมูล** | อำเภอทุกแห่ง และการสุ่มประเมินพื้นที่ |
| เกณฑ์และวิธีการคิดคะแนน | ระดับ A หมายถึง มีผลคะแนนรวมตั้งแต่ 90 ขึ้นไประดับ Bหมายถึง มีผลคะแนนรวมตั้งแต่ 85-89 ขึ้นไประดับ C หมายถึง มีผลคะแนนรวมตั้งแต่ 85 คะแนน |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นายวิราช เกษอุดมทรัพย์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทร 089-9595229 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **13.ร้อยละของผู้ป่วยตาต้อกระจกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด** |
| **คำนิยาม** | จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจตาด้วยวิธีมาตรฐาน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นตาต้อกระจก (ICD-10 = H25,H26 ) (H54)และได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัด |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | เพิ่มขึ้นร้อยละ 10 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | จำนวนผู้ป่วยตาต้อกระจก |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Hos xP |
| **แหล่งข้อมูล** | รพท. |
| **รายการข้อมูล 1** | A=ร้อยละของผู้ป่วยตาต้อกระจกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด ปี 2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B=ร้อยละของผู้ป่วยตาต้อกระจกได้รับการรักษาด้วยกระผ่าตัด ปี 2556 |
| **ร้อยละของผู้ป่วยตาต้อกระจกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด** = (จำนวนผู้ป่วยตาต้อกระจกทั้งหมดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในปี (H54) / จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นตาต้อกระจกในปี (H25,H26) X 100 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | A-B |
| **หน่วยที่ใช้ในการวัด** | ร้อยละ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานควบคุมโรคไม่ติดต่อ055-705188 ต่อ 147 , 055-705194 ต่อ 147 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **14. ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง(ศสม.) และศูนย์บริการ ในเขตเมืองพัฒนาตามเกณฑ์ที่กำหนด** | |
| **คำนิยาม** | **ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม.)** หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดตั้งในเขตเทศบาลเมือง/นคร หรือเขตชุมชนหนาแน่นที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ให้บริการแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษา ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ไม่ใช่สถานบริการเฉพาะผู้ป่วยนอก (Extended OPD) แต่เน้นบริการสุขภาพในพื้นที่เชิงรุก (Community Health Service) โดยความร่วมมือของ อสม. ชุมชน และเทศบาล โดยมีประชากรที่รับผิดชอบในเขตเทศบาลเมือง/นคร 1 แห่ง ต่อประชากรไม่เกิน 30,000 คน | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 70 | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ศสม.จำนวน 2 แห่ง | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | แบบรายงานการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนในเขตเมือง/รายงานผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ 12 ตัวชี้วัด  1.สัดส่วนบุคลากรสาธารณสุข หรือนักสุขภาพครอบครัว(ข้าราชการ ลูกจ้างที่มีวุฒิด้านสาธารณสุข)ในการดูแลสุขภาพประชาชน นสค.1 คน ต่อ ประชากร 1,250 คน 2.มีทันตาภิบาล อย่างน้อย 1 คน ต่อ ศสม. 3.จัดให้มีแพทย์ที่ปรึกษา เพื่อดูแลประชาชนในพื้นที่เป้าหมายผ่านนักสุขภาพครอบครัว(แพทย์ 1 คน ต่อ นสค.12-15 คน)  4.มีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ให้เป็นผู้ช่วยการดำเนินงานของนักสุขภาพครอบครัวเป็นรายบุคคลชัดเจนประมาณ นสค.1 คนต่อ อสม.20-30 คน  5.แบ่งความรับผิดชอบให้นักสุขภาพครอบครัวดูแลประชาชนในพื้นที่ชัดเจน 1:1,250  6.มีสิ่งสนับสนุนให้นักสุขภาพครอบครัวทุกคน ทำงานได้คล่องตัวและมีประสิทธิภาพ7**.** มีระบบข้อมูลสุขภาพผู้ป่วยในพื้นที่ที่เป็นปัจจุบัน และสามารถเชื่อมโยงระหว่าง ศสม. กับโรงพยาบาลแม่ข่ายได้  8. อัตราส่วนการใช้บริการผู้ป่วยนอกของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบที่ใช้บริการที่ ศสม.เทียบกับรพ.แม่ข่าย(มากกว่า 60:40)  9. มีบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพื้นฐานได้ตามเกณฑ์มาตรฐานเช่น EPI, ANC, Pap smear, คัดกรองโรคเรื้อรัง  10. ร้อยละของประชากรในทะเบียนกลุ่มที่ต้องการดูแลพิเศษ เช่น ผู้ป่วย Palliative care ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยวัณโรค ผู้พิการ ผู้สูงอายุ และโรคเรื้อรัง ได้รับการเยี่ยมบ้านตามมาตรฐานการให้บริการ (ร้อยละ 80)  11. มีบริการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการสำหรับโรคเบื้องต้น/โรคเรื้อรังและมีระบบส่งต่อสำหรับสิ่งส่งตรวจ ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย  12. ผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงได้รับการดูแลอย่างทั่วถึง | |
| **แหล่งข้อมูล** | ศสม.จำนวน 2 แห่ง | |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จังหวัดที่มีจำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองตามเกณฑ์ | |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง | |
|  | (A / B) x 100 | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ผ่านเกณฑ์ 1-3 ข้อ = 1 คะแนน  ผ่านเกณฑ์ 1-5 ข้อ = 2 คะแนน  ผ่านเกณฑ์ 1-7 ข้อ = 3 คะแนน  ผ่านเกณฑ์ 1-9 ข้อ = 4 คะแนน  ผ่านเกณฑ์ 1-12 ข้อ = 5 คะแนน | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ นาง มลวิภา กาศสมบูรณ์ โทรศัพท์มือถือ : โทรศัพท์สานักงาน : 055-705187-88 ต่อ 199 E-mail : | |
| **ตัวชี้วัด** | **15.ร้อยละของห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐานการบริการ (ร้อยละ 100)** |
| **คำนิยาม** | **ห้องปฎิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข**หมายถึง ห้องปฏิบัติการชันสูตรโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิในจังหวัด  พิจารณาจากผลสำเร็จของห้องปฏิบัติการโรงพยาบาล ในการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐาน LA **ของสภาเทคนิคการแพทย์**โดยการประเมินจากคณะกรรมการระดับจังหวัด และผลการประเมินรับรองมาตรฐาน LA จากสภาเทคนิคการแพทย์  **เครือข่ายห้องปฎิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข**หมายถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ (รพ.สต. ขนาดใหญ่ และ ศสม.)  **การประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์ในระดับปฐมภูมิ** หมายถึง การเข้าร่วมการประเมินคุณภาพการตรวจวิเคราะห์โดยองค์กรภายนอก (External Quality Assessment : EQA) ในรายการที่ให้บริการตรวจวิเคราะห์ เช่น การทดสอบน้ำตาลในเลือด,การตรวจหาการตั้งครรภ์ (Urine Pregnancy Test), การตรวจหาProtien, Sugar ในปัสสาวะ,การหาปริมาตรเม็ดเลือดแดงอัดแน่น (Hematocrit) เป็นต้น  **ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล**หมายถึง ห้องปฏิบัติการชันสูตรโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิในจังหวัดผ่านเกณฑ์การพัฒนาคุณภาพงานบริการรังสีวินิจฉัยตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1) ร้อยละ 100 ของห้องปฏิบัติการชันสูตรสาธารณสุขและหน่วยบริการชันสูตรสาธารณสุขของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีคุณภาพและมาตรฐานบริการตามเกณฑ์มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข  2) ร้อยละ 100 ของห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์ฯ ขั้นพื้นฐาน (ผ่าน The must ทุกข้อ)ตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | 1) ห้องปฏิบัติการชันสูตรสาธารณสุขและหน่วยบริการชันสูตรสาธารณสุขของโรงพยาบาล 12แห่ง /ศศม. 2 แห่ง และ รพสต.เดี่ยว21แห่ง รพ.สตแม่ข่าย 43 แห่ง  2) ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัยของโรงพยาบาล 12 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ทีมประเมิน ประเมิน ปีล่ะ 2 ครั้ง |
| **แหล่งข้อมูล** | จากการสำรวจและประเมิน รพท. รพช. ศสม. รพสต. |
| **รายการข้อมูล 1** | ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน LA ของคณะกรรมการระดับจังหวัด  ผลการประเมินรับรองมาตรฐาน LA จากสภาเทคนิคการแพทย์  ผลการประเมินคุณภาพและมาตรฐานบริการตามเกณฑ์พัฒนาระบบคุณภาพและมาตรฐานทางชันสูตรสาธารณสุขหน่วยบริการรพ.สต. และศสม |
| **รายการข้อมูล 2** | ผลการประเมินตามเกณฑ์และแนวทางการพัฒนางานรังสีวินิจฉัยโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขของคณะกรรมการระดับจังหวัด |
| **ระดับคะแนน** | **ห้องปฏิบัติการชันสูตรสาธารณสุข**  ระดับคะแนน 1 =<60 ระดับคะแนน 2=60 - 69  ระดับคะแนน 3=70 - 79 ระดับคะแนน 4=>80  ระดับคะแนน 5= ผ่าน LA  **หน่วยบริการชันสูตรสาธารณสุขของโรงพยาบาล**  ระดับคะแนน 1 =ผ่านร้อยละ60  ระดับคะแนน 2=ผ่าน ร้อยละ60 - 69  ระดับคะแนน 3=ผ่าน ร้อยละ70 - 79  ระดับคะแนน 4=ผ่าน ร้อยละ>80  ระดับคะแนน 5=ผ่าน ร้อยละ100  **ห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย**  ระดับคะแนน 1 =≤75  ระดับคะแนน 2=>75  ระดับคะแนน 3=ผ่านเกณฑ์ The must  ระดับคะแนน 4=ผ่านเกณฑ์ The must คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ75  (ระดับเงิน)  ระดับคะแนน 5=ผ่านเกณฑ์ The must คะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ85  (ระดับทอง) |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางมลุลี แก้วหิรัญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  055-705187-8ต่อ 306และ 119 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **16. ร้อยละของผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน** |
| **คำนิยาม** | **ผู้ป่วยนอกได้รับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐาน** หมายถึง ผู้ป่วยที่มารับบริการด้านการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ในด้านการตรวจรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และฟื้นฟูสภาพที่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แต่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมารับบริการรักษาด้วยยาสมุนไพรตามบัญชียาหลัก 71 ตัว(กรณีไม่มีแพทย์แผนไทยในสถานบริการ 15 ตัว) หรือการนวดเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ หรือการอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อรักษา-ฟื้นฟูสภาพ หรือการประคบสมุนไพรเพื่อรักษา หรือฟื้นฟูสภาพ หรือการทับหม้อเกลือ หรือการนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือการอบไอน้ำสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือการประคบสมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพ หรือการให้คำแนะนำการสอน สาธิตด้านการแพทย์แผนไทย หรือการฝึกกายบริหารด้วยท่าฤๅษีดัดตน หรือการฝึกสมาธิบำบัด หรือฝังเข็ม |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | รพท.ร้อยละ 5/รพช.ร้อยละ7/รพ.สต.ร้อยละ 7 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชาชนผู้มารับบริการผู้ป่วยนอกในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม บันทึกข้อมูลในโปรแกรมของโรงพยาบาล |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ.สต/รพ ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่ได้มาตรฐานในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ |
| **รายการข้อมูล 2** | B จำนวนผู้ป่วยนอกที่มารับบริการทั้งหมดของสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A / B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข 055-705187-8ต่อ171 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **17.ดัชนีชี้วัดผู้ป่วยใน(CMI)ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตามService plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด** |
| คำนิยาม | CaseMixIndex(CMI)หมายถึงค่าน้ำหนักสัมพัทธ์เฉลี่ยของผู้ป่วยในทั้งหมด (Adjusted Relative Weights : AdjRW) ของผู้ป่วยในทั้งหมดที่จำหน่ายในช่วงเวลาที่กำหนด |
| เกณฑ์เป้าหมาย | 1.รพท.(S) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 1.2 /2.รพช.แม่ข่าย(M2) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.82/3.รพช. (F1-F3) มีค่า CMI ไม่น้อยกว่า 0.6/4.กรณีโรงพยาบาลระดับSที่ผ่านเกณฑ์ควรมีสัดส่วนผู้ป่วยในที่มีค่า AdjRW<0.5 รพท=ไม่มากกว่าร้อยละ30 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | โรงพยาบาลกำแพงเพชร(S) โรงพยาบาลขาณุฯ(M2) รพช.ทุกแห่ง (F1-F3) |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | Hosxp ของโรงพยาบาล ,ฐานข้อมูลData center |
| แหล่งข้อมูล | MIS |
| รายการข้อมูลที่1 | A=ผลรวมน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับค่าแล้ว(AdjRW) |
| รายการข้อมูล2 | B=จำนวนผู้ป่วยในที่มี AdjRW<0.5 |
| รายการข้อมูลที่3 | C=จำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด |
| สูตรการคำนวณตัวชี้วัด | 1.ค่าCMI=A/C  2.ร้อยละสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยในที่มีค่า AdjRW<0.5=(B/C)X100 |
| ระยะเวลาประเมินผล | ทุก 6 เดือน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานตัวชี้วัด | กลุ่มงานประกันสุขภาพ น.ส.ใจทิพย์ สิงห์คาร โทรศัพท์มือถือ 088-1594279,โทรศัพท์ 055-705196 โทรสาร 055-705189 |
| ตัวชี้วัด:ดัชนีผู้ป่วยใน(CMI) ของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพตามService Plan ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด | |
| เกณฑ์การประเมิน:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | รอบ3 เดือน | รอบ6เดือน | รอบ9 เดือน | รอบ12 เดือน | | ขั้นตอนที่1-2 | ขั้นตอนที่1-3 | ขั้นตอนที่1-4 | ขั้นตอนที่1-5 | | |
| วิธีการประเมินผล:  ขั้นตอนที่1 โรงพยาบาลมีแผนพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านรักษาพยาบาล  ขั้นตอนที่2 โรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามแผนพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านการรักษาพยาบาล  ขั้นตอนที่3 มีการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยวัดจากค่าCMI ภาพรวมของสถานบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ5  ขั้นตอนที่4 มีการพัฒนาศักยภาพการบริหารด้านรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นโดยวัดวัดจากค่าCMIภาพรวมของสถานบริการเพิ่มขึ้นร้อยละ10  ขั้นตอนที่5 มีการประเมินและสรุปผลปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานตามแผน | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัดการเข้าถึงบริการ** | **18. ลดแออัด และเวลารอคอย**  **18.1 ลดความแออัด** |
| **คำนิยาม** | **ลดความแออัด** หมายถึงหน่วยบริการระดับ M2 ควรมีการพัฒนาศักยภาพ ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมตามระดับสถานบริการ มีการส่งต่อ (Refer out)ผู้ป่วยไปยัง โรงพยาบาลระดับ A,S ลดลง |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ผู้ป่วยส่งต่อ(Refer out) จากโรงพยาบาลระดับ M2 ที่มีค่า Adj.RW ≤ 1.0 ลดลงร้อยละ 30 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ผู้ป่วยส่งต่อ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ข้อมูลผู้ป่วยรับไว้รักษาต่อ (Refer in) เก็บจากปลายทางที่รับ หลังจำหน่าย จากโปรแกรม Hos xp ในหน่วยบริการระดับ A,S |
| **แหล่งข้อมูล** | จากข้อมูล 12 แฟ้ม |
| **รายการข้อมูล 1** | (A) จานวนผู้ป่วยรับไว้รักษาต่อ (Refer in) เก็บจากปลายทางที่รับ หลังจำหน่ายจาก 12 แฟ้ม ปีงบประมาณ2556 ที่มีค่าAdj.RW≤ 1.0 |
| **รายการข้อมูล 2** | (B) จานวนผู้ป่วยรับไว้รักษาต่อ (Refer in) เก็บจากปลายทางที่รับ หลังจำหน่ายจา 12 แฟ้ม ปีงบประมาณ 2557 ที่มีค่ Adj.RW ≤ 1.0 |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | (A-B)×100/A วิธีคิดมีการเปลี่ยนแปลงรอผลจากการประชุมของกระทรวงฯวันจันทร์ |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 6 เดือน |
| **ตัวชี้วัด** | **18.2 ลดระยะเวลาการรอคอยในการรับบริการสุขภาพ** |
| **คำนิยาม** | **ลดระยะเวลาการรอคอยหมายถึง**ลดระยะเวลาที่ใช้ในการรับบริการของผู้รับบริการนับเวลาตั้งแต่ผู้รับบริการลงทะเบียนเข้ารับบริการจนถึงได้รับการตรวจจากแพทย์ของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละของระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้รับบริการผู้ป่วยนอกใน รพท./รพช. ลดลง  - ปี 2557ลดลงจากปี 2556ร้อยละ 10  - ปี 2558 ลดลงจากปี 2557 ร้อยละ 25  - ปี 2559 ลดลงจากปี 2558 ร้อยละ 30 |
| **ระดับคะแนน** |  |
| 1 | ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก< 5 |
| 2 | ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 5-9 |
| 3 | ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก 10-15 |
| 4 | ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก>15 |
| 5 | ระยะเวลารอคอยเฉลี่ยของผู้รับบริการผู้ป่วยนอก>20 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทั่วไป ,โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง |
| **แหล่งข้อมูล** | รายงานผลการดำเนินงาน,การนิเทศติดตาม |
| **รายการข้อมูล 1** | -A = ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (นาที) ของปี 2556 |
| **รายการข้อมูล 2** | -B = ระยะเวลารอคอยผู้ป่วยนอกเฉลี่ย (นาที) ของปี 2557 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | -((A-B)/A) x100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางมลุลี แก้วหิรัญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  055-705187-8ต่อ 306และ 119 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **19.จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยนอกเขตบริการลดลง** |
| **คำนิยาม** | 1.การส่งต่อ หมายถึง การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาต่อในสถานบริการระดับเดียวกันหรือสถานบริการที่มีศักยภาพสูงกว่า และเป็นการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลนอกเขตบริการ หมายถึง การจัดระบบบริการ 12 เครือข่าย |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ลดลงร้อยละ 50 เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ศูนย์ส่งต่อระดับจังหวัด/เขต |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกแบบรายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | ศูนย์ส่งต่อระดับจังหวัด/เขต/ส่วนกลาง สบรส. |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเครือข่ายเขตปี 2556 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนการส่งต่อผู้ป่วยออกนอกเครือข่ายเขต ปี 2557 |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | (A-B)/A x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | 9 เดือน , 12 เดือน |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานการงานตัวชี้วัด** | นางมลวิภา กาศสมบูรณ์ |
| **ผู้รายงานผลการดำเนินงาน** | กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการ นาง มลวิภา กาศสมบูรณ์ โทรศัพท์สานักงาน : 055-705187-88 ต่อ 199 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **20. เครือข่ายบริการมีระบบพัฒนา Service Plan ที่มีการดำเนินการให้ได้ตามแผน ระดับ 1 2 3 4 5 ตามที่กำหนด (8 คณะ)** |
| **คำนิยาม** | **เครือข่ายบริการ** หมายถึง การบริหารจัดการระบบพวงบริการเชื่อมโยงตั้งแต่ รพศ.(ระดับ A) ลงมาถึงระดับบริการปฐมภูมิ (ระดับ P) เป็น 1 เครือข่าย ซึ่งครอบคลุมสถานบริการภายใน 4-8 จังหวัด ครอบคลุมประชากรประมาณ 5 ล้านคน จำนวน 12 เครือข่าย |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน ดังนี้  ระดับที่ 1 มีการจัดทำฐานข้อมูล  ระดับที่ 2 มีการจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพระบบบริการโดยยึดแนวทาง  ของคณะกรรมการเครือข่ายบริการสุขภาพระดับเขตและจังหวัด  ระดับที่ 3 มีการบริหารจัดการให้เป็นไปตามแผนพัฒนาศักยภาพระบบ  บริการ  ระดับที่ 4 มีการประเมินผลและปรับปรุงการดำเนินงาน  ระดับที่ 5 มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เครือข่ายบริการสุขภาพ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจ/ประเมินผล |
| **แหล่งข้อมูล** | สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน |
| **รายการข้อมูล 1** | ระดับความสำเร็จของเครือข่ายบริการที่มีระบบพัฒนา Service Plan ที่มีการดำเนิน การได้ตามแผน ระดับ4 อย่างน้อย 4 สาขา |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | ดำเนินการระดับ 1 = 1 คะแนน  ดำเนินการระดับ 1 - 2 = 2 คะแนน  ดำเนินการระดับ 1 - 3 = 3 คะแนน  ดำเนินการระดับ 1 - 4 = 4 คะแนน  ดำเนินการระดับ 1 – 5 = 5 คะแนน |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางสาวหทัยรัตน์ สุนทรสุข กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข  นางมลุลี แก้วหิรัญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  055-705187-8ต่อ 306และ 119 และ126 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | 21. ระดับความสำเร็จของสสอ.ในการประเมินตนเองและพัฒนาตามแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) |
| **คำนิยาม** | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอมีการดำเนินการพัฒนาองค์การตามเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เพื่อให้สอดคล้องกับหลักเกณฑ์และวิธีการการบริหารจัดการบ้านเมืองที่ดี ใช้เป็นกรอบแนวทางในการประเมินตนเองและเป็นบรรทัดฐานการติดตามและประเมินผลการบริหารจัดการของหน่วยงานภาครัฐ ซึ่งจะทำให้ผู้บริหารทราบถึงความบกพร่อง กำหนดวิธีการและเป้าหมายที่ชัดเจนในการทำแผนปฏิบัติงานเพื่อปรับปรุงให้ประสบผลสำเร็จต่อไป  **ขั้นที่ 1 รู้จักตนเองทราบปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงที่สำคัญและมีการจัดการปัญหาความเสี่ยงที่สำคัญ**  1.1 ประเมินตนเอง หมวด P, หมวด 3, หมวด 6 ข้อ 6.1.1, 6.1.2  1.2 ประเมินและจัดระบบพัฒนาที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่  **ขั้นที่ 2 วิเคราะห์หาสาเหตุ มีแนวทางมาตรการแก้ไขปัญหาความเสี่ยงที่สำคัญรวมทั้งปัญหาและความเสี่ยงที่สำคัญได้รับการแก้ไข**  2.1.ประเมินตนเองหมวด P, หมวด 3, หมวด 6 และหมวด 7 ข้อ 7.2 (แสดงผลลัพธ์ที่สำคัญ)  2.2.จัดทำแผนหรือแนวทางพัฒนาในระบบที่เป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่โดยการวิเคราะห์หาสาเหตุ ความเสี่ยงที่สำคัญเพื่อนำมาสู่การจัดการและวางแผนป้องกันอย่างเป็นระบบ  **ขั้นที่ 3 มีการวางแผนสนับสนุนที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่ (ทั้งเครือข่าย) และมีระบบติดตาม ประเมินผลลัพธ์ของเครือข่ายจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีบางระบบของเครือข่าย**  3.1. ประเมินตนเองครบทุกหมวดหาโอกาสพัฒนา  3.2. มีระบบงานและแนวทางที่สำคัญและมีการนำเอามาตรฐานPMQA สู่การปฏิบัติจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี มีผลลัพธ์แสดงได้  3.3. มีการนำข้อมูลมาใช้ในการวัดวิเคราะห์วางแผนและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบ(หมวด4)  3.4. มีการพัฒนาเรียนรู้อย่างต่อเนื่องตามกระบวนการเรียนรู้ PDCA CQI จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้น |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ระดับความสำเร็จของสสอ.ในการประเมินตนเองและพัฒนาตามแนวทางการบริหารจัดการภาครัฐ(PMQA) ขั้นที่ 3 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 11 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานผลการดำเนินงาน,การนิเทศติดตาม |
| **ระดับคะแนน** | ระดับคะแนน 1 มีการประเมินตนเองหมวด P, หมวด 3, หมวด 6 ข้อ  6.1.1, 6.1.2  ระดับคะแนน 2 มีการประเมินตนเองหมวด P, หมวด 3, หมวด 6 ข้อ  6.1.1, 6.1.2และจัดทำแผนหรือแนวทางพัฒนา  ระดับคะแนน 3 มีการประเมินตนเองครบทุกหมวดหาโอกาสพัฒนา  ระดับคะแนน 4 จัดทำรายงานผลการจัดทำแผนพัฒนาประเมินตนเองครบทุก  หมวดหาโอกาสพัฒนา  ระดับคะแนน 5 จัดทำรายงานผลการจัดทำแผนพัฒนาประเมินตนเองครบ  ทุกหมวดหาโอกาสพัฒนาจนเกิดผลลัพธ์ที่ดีขึ้นจนเป็น  นวัตกรรม |
| **แหล่งข้อมูล** | รายงานผลการดำเนินงาน,ผลการนิเทศติดตาม |
| **รายการข้อมูล 1** | - |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางมลุลี แก้วหิรัญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ  055-705187-8ต่อ 306และ 119 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **22.ระดับความสำเร็จของการบริหารจัดการความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรสุขภาพ** |
| **คำนิยาม** | **คำอธิบาย**: สมดุลชีวิตการทำงาน คือ ความสามารถในการจัดการบทบาทและความต้องการด้านต่าง ๆ ของชีวิตให้มีความพอเหมาะพอดีกันหรือมีดุลยภาพ โดยสมดุลใน 3 ด้าน คือ สมดุลด้านเวลา ด้านการมีส่วนร่วมในงานและชีวิต และด้านระดับความพึงพอใจในงานและชีวิต ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง อันจะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในการทำงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านงาน (เช่น ลักษณะงาน กระบวนการทำงาน ความอิสระในการตัดสินใจ วัสดุอุปกรณ์ในการทำงาน เป็นต้น) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (เช่น มีระบบการสื่อสารที่ดี บรรยากาศการทำงานที่ดี มีความสะดวกสบายในการทำงาน สังคมการทำงานที่ดี มีผู้นำที่ดี เป็นต้น) และปัจจัยส่วนบุคคล (ได้แก่ พนักงานได้ใช้ความรู้ความสามารถในการทำงาน ได้รับการยอมรับและรางวัลเมื่อทำงานสำเร็จ ได้รับความเสมอภาคและความยุติธรรม ได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเอง ได้รับการประเมินผลปฏิบัติงานที่เหมาะสม มีความสุขและความพึงพอใจในการทำงาน) ให้ประเมินจากการบริหารจัดการหลังจากที่มีการสำรวจความสมดุลในชีวิตและการทำงานของบุคลากรของแต่ละหน่วยงาน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)ดังนี้ |
| **ระดับคะแนน** | **เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน** |
| 1 | มีการสำรวจความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน |
| 2 | มีการสำรวจความสมดุลระหว่างชีวิต/การทำงานและวิเคราะห์ข้อมูลจากผลที่สำรวจได้ |
| 3 | มีการสำรวจความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำแผนบริหารจัดการ |
| 4 | มีการสำรวจความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแผนบริหารจัดการ และดำเนินการตามแผนการบริหารจัดการ |
| 5 | มีการสำรวจความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน วิเคราะห์ข้อมูล จัดทำแผนบริหารจัดการ ดำเนินการตามแผนการบริหารจัดการ และสรุปผลการดำเนินการ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ระดับ 5 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพ. /สสอ./รพ.สต. 122แห่ง , ศสม. 2แห่ง |
| **แหล่งข้อมูล** | รายงานผลการดำเนินงาน,การนิเทศติดตาม |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางมลุลี แก้วหิรัญ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ 055-705187-8ต่อ 119 |

**6.2 ยาเสพติดและบริการเฉพาะ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ตัวชี้วัด | ยุทธศาสตร์(S1-S3) | แหล่ง ข้อมูล | ผู้รับผิดชอบ |
| **1** | การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพด้าน อย. และสถานบริการ | S2 | **ประเมิน** | **คบส.** |
| 2 | ร้อยละของผู้เสพยาเสพติดรายใหม่ลดลง | S2 | สำรวจ/บสต. | ส่งเสริมสุขภาพ |
| **3** | ร้อยละผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบำบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพซํ้า | S2 | รายงาน บสต. 1-5 | ส่งเสริมสุขภาพ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1.การบริหารจัดการเรื่องร้องเรียนด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ** |
| **คำนิยาม** | เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับอาหารและยาต้องแก้ไขภายใน 10,30,60 วัน ภายใน10วันคือเรื่องที่สามารถตอบได้ทันที ภายใน30วันคือ ใช้เวลารวบรวมข้อเท็จจริง 60 วันคือกรณีที่ต้องตรวจสถานประกอบการเรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับสถานพยาบาลต้องแก้ไขภายใน 15,30 วัน ภายใน 15 วันคือกรณีนอกเหนืออำนาจให้ส่งต่อหน่วยงานอื่น ภายใน 30 วันคือกรณีอยู่ในอำนาจตนเอง |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | เรื่องร้องเรียนได้รับการแก้ไขทันเวลาร้อยละ 98 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | |  | | --- | | จากแบบรับเรื่องร้องเรียน | | รพ/รพ.สต. | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | จากแบบรับเรื่องร้องเรียน |
| **แหล่งข้อมูล** | สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | **A = เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ อย.ที่แก้ไขทันเวลาC = เรื่องร้องเรียนสถานพยาบาลที่แก้ทันเวลา** |
| **รายการข้อมูล 2** | **B = เรื่องร้องเรียนเกี่ยวกับ อย.ทั้งหมดD = เรื่องร้องเรียน สถานพยาบาลทั้งหมด** |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | 1.(A/B) x 100 /2.(C/D) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 3 เดือน |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค 055-705187-8 ต่อ171 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2. ร้อยละผู้เสพยาเสพติดรายใหม่ลดลง** |
| **คำนิยาม** | นับข้อมูลจากการประมาณขนาดของประชากร ด้วยวิธี Capture-Recapture จากฐานข้อมูลต่อไปนี้  1. การสำรวจข้อมูลรายครัวเรือนของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน (อสม.) ตามแบบเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดเบื้องต้นในหมู่บ้าน ชุมชน โดยสรุปแบบรายงาน ผ่านเว็บไซด์กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ  2. ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกระบบ (สมัครใจ บังคับบำบัด ต้องโทษ) จากแบบรายงานศูนย์อำนวการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.) แผนงานที่ 2 การแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติด (Demand) ผ่านเว็บไซด์สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด  3. ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพในทุกระบบ (สมัครใจ บังคับบำบัด ต้องโทษ) จากฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต. ผ่านเครือข่ายอินเตอร์เนต กระทรวงสาธารณสุข |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 50 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ประชากรทุกครัวเรือน, ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดที่ให้ประวัติว่าไม่เคยเข้ารับการบำบัดรักษาฯ จากสถานบำบัดทุกแห่งมาก่อน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมจากสำรวจข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ 1. จากการสำรวจข้อมูลรายครัวเรือน2. จากแบบรายงาน ศพส. 3. จากฐานข้อมูลระบบรายงาน บสต. |
| **แหล่งข้อมูล** | ศูนย์ปฏิบัติการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดจังหวัด (ศพส.จ.) |
| **รายการข้อมูลที่ 1** | A = จำนวนผู้เสพ/ผู้ติดรายใหม่ ด้วยวิธี Capture-Recapture ในปีงบประมาณ 2555 |
| **รายการข้อมูลที่ 2** | B = จำนวนผู้เสพ/ผู้ติดรายใหม่ ด้วยวิธี Capture-Recapture ในปีงบประมาณ 2556 |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | (A-B)/A X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานส่งเสริมสุขภาพ  นางวิมลมาศ ใจชุ่ม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการหมายเลขโทรศัพท์ 083- 6313804E-mail address : J.monmas@hotmail.co.th |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **3.ร้อยละผู้เสพยาเสพติดที่ผ่านการบาบัดที่ได้รับการติดตามไม่กลับไปเสพซ้า** |
| **คำนิยาม** | ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ระบบสมัครใจได้รับการติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด หยุดติดตามและสรุปผลการติดตาม “หยุดได้/เลิกได้” ในสถานบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 80  **วิธีการประเมินผล:**  ขั้นตอนที่ 1 มีแผนงานโครงการดาเนินงานยาเสพติดที่สอดคล้องกับปัญหางานยาเสพติดของพื้นที่และท้องถิ่น และมีการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตามนโยบายกระทรวงฯ/กรมต่างๆ/สานักงาน ป.ป.ส.ภาค /เขต  ขั้นตอนที่ 2 มีแนวทางในการคัดกรองผู้เสพ/ผู้ติด ยาเสพติด และหนํวยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเป็น ผู้คัดกรองผู้เสพ/ผู้ติด ยาเสพติด  ขั้นตอนที่ 3 มีแนวทางในการบาบัดรักษา และการส่ง-ต่อการบำบัดรักษา ระหว่างกระทรวงฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานท้องถิ่น  ขั้นตอนที่ 4 มีแนวทางในการติดตามและการประสานหนํวยงานที่เกี่ยวข๎องในการติดตามผู้เสพ/ผู้ติดหลังการบำบัด  ขั้นตอนที่ 5 มีการลงข้อมูลในระบบรายงานระบบติดตามและเฝ้าระวังปัญหายาเสพติด (บสต.1-5) ทาง http://antidrug.moph.go.th เป็นปัจจุบัน และผู้เสพยาเสพติดที่ผำนการบาบัดที่ได๎รับการติดตามไม่กลับไปเสพซ้าไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | |  | | --- | | ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติด ระบบสมัครใจ | |  | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รวบรวมข้อมูลจากผู้รับบริการ ตามรายงานแบบ บสต.5 ทาง <http://antidrug.moph.go.th> |
| **แหล่งข้อมูล** | สถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข |
| **รายการข้อมูล 1** | |  | | --- | | A= จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได้รับการติดตามตามระยะเวลาที่กาหนดและมีช่วงระยะห่างเวลา จากวันจำหน่ายมากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปีและสรุปสิ้นสุดการติดตามว่าหยุดได้/เลิกได้ | |
| **รายการข้อมูล 2** | B= จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดที่ได๎รับการติดตามตามระยะเวลาที่กาหนดและสิ้นสุดการติดตามทั้งหมด(ไม่นับรวมสรุปจับและเสียชีวิต) นับความสำเร็จตามช่วงเวลา |
| **สูตรคานวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 3 เดือน โดยทีมนิเทศงานจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางวิมลมาศ ใจชุ่ม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  หมายเลขโทรศัพท์ 083-6313804  E-mail address : J.monmas@hotmail.co.th |

**เกณฑ์การประเมิน:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| ขั้นตอนที่ 1-2 | ขั้นตอนที่ 1-5 | ขั้นตอนที่ 1-5 | ขั้นตอนที่ 1-5 |

**6.3 การมีส่วนร่วมของประชาชน**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | ระดับความสำเร็จของอสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพเป็น อสม. เชี่ยวชาญรายสาขาอิงservice plan เน้นสาขา NCDและแม่และเด็ก | S2 | รายงาน | พัฒน์ |
| 2 | ระดับการพัฒนาอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมืคุณภาพใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่นๆในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ | S2 | ประเมิน | พัฒน์ |
| 3 | ตำบลจัดการสุขภาพ วิสาหกิจชุมชนยั่งยืน | S2 | ประเมิน | พัฒน์ |
| 88.1 ตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพ |
| 88.2 ตำบลจัดการสุขภาพ |
| 88.3 หมู่บ้านผ่านเกณฑ์ด้านการจัดการสุขภาพ |
| 88.4 หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | ประเมินรอบที่1 | สุขศึกษา |
| รายงานรอบที่2 | สุขศึกษา |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1. ระดับความสำเร็จของการพัฒนาศักยภาพอสม. เชี่ยวชาญ** |
| **คำนิยาม** | **อสม. ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ** หมายถึง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2555-2556 ตามหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญ 10 สาขา ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพโดยสอดคล้องกับบริบทสภาพปัญหาของพื้นที่ และ 10สาขาตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) จังหวัดกำแพงเพชร ได้แก่  1) การเฝ้าระวังและควบคุมโรคติดต่อ  2) การส่งเสริมสุขภาพ  3) สุขภาพจิตชุมชน  4) การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด  5) การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน  6) การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ  7) ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ  8) การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน  9) การจัดการสุขภาพชุมชน  10)นมแม่ สายใยรักแห่งครอบครัว |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ระดับความสำเร็จการดำเนินงาน วัดระดับขั้นของความสำเร็จ (Milestone)ดังนี้ |
| **ระดับคะแนน** | **เกณฑ์การให้คะแนน/ขั้นตอนการดำเนินงาน** |
|  | |  |  | | --- | --- | | **ขั้นตอนที่ 1** | มีฐานข้อมูลอสม.เชี่ยวชาญ แยกรายหมู่บ้าน /รพ.สต./อำเภอ ในสาขาตามบริบท ปัญหาของพื้นที่ | | **ขั้นตอนที่ 2** | มีแผนการอบรมอสม.เชี่ยวชาญ แผนการจัดกระบวนการเรียนรู้ หลักสูตร แผนการสอน สื่ออุปกรณ์ วิทยากรและการประเมินผล | | **ขั้นตอนที่ 3** | มีการอบรม อสม.เชี่ยวชาญตามเป้าหมาย รูปแบบโรงเรียนอสม./ โรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชนOn the Job training เรียนรู้จากการทำงานจริง  และบันทึกข้อมูลการอบรมขึ้นเว็บไซต์ฐานข้อมูลอสม.ส่วนกลาง | | **ขั้นตอนที่ 4** | อสม.ผ่านเกณฑ์ประเมินผลความรู้และทักษะไม่น้อยกว่าร้อยละ 70  มีเวทีนำเสนอผลงานคัดเลือก อสม.ดีเด่น ส่งเข้ารับการคัดเลือกระดับจังหวัด ครบ 11 สาขา(รวมทันตสาธารณสุข) | | **ขั้นตอนที่ 5** | มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียนการดำเนินงาน แบบอย่างที่ดี(นวัตกรรม)  และมีอสม.ได้รับคัดเลือกเป็นอสม.ดีเด่นระดับจังหวัดขึ้นไป | |
| **เกณฑ์การประเมิน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | **ผลการดำเนินงาน** | **ขั้นตอนที่ 1** | **ขั้นตอนที่ 2** | **ขั้นตอนที่ 3** | **ขั้นตอนที่ 4** | **ขั้นตอนที่ 5** | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | พัฒนาผ่านเกณท์ไม่น้อยกว่าขั้นตอนที่ 3 (เป็นผลงานสะสม เช่น คะแนน 5 ต้องผ่านตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 – 5) |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาล/ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ / โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงาน/ สำรวจ / ประเมิน |
| **แหล่งข้อมูล** | รวบรวมจาก รพ/สสอ. จังหวัดกำแพงเพชร |
| **ผู้ให้ข้อมูล /ผู้ประสานงาน** | นายภูมิ สัญญะวิชัย กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2. ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชน และท้องถิ่น อย่างมีคุณภาพ ใช้ SRM หรือเครื่องมืออื่นๆ ในการทำแผนพัฒนาสุขภาพ** |
| **คำนิยาม** | การบริหารจัดการสุขภาพระดับอำเภออย่างเป็นเอกภาพ (Unity district health team) ระหว่างโรงพยาบาล สสอ. , สถานีอนามัย, องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น, ภาคีเครือข่ายและชุมชน โดยมีการเชื่อมโยงรวมกันเป็นเครือข่ายบริการทั้งระดับทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิในอำเภอเดียวกัน ร่วมรับผิดชอบวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ให้เป็นหนึ่งเดียวกัน ไม่แยกส่วนการพัฒนา ส่งเสริมให้ประชาชนมีความร่วมมือในการจัดการปัญหาสุขภาพของชุมชนและพร้อมที่จะพัฒนาไปสู่อำเภอสุขภาวะในอนาคตภายใต้ความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยผ่านการประเมินตามแนวทางที่กำหนด ดังนี้  1.การบริหารจัดการสุขภาพเป็นเอกภาพระดับอำเภอ (Unity district team)  2.การบริหารทรัพยากรร่วมกัน (Resource sharing)  3.การจัดบริการปฐมภูมิที่จำเป็น (Essential care)  4.การสร้างคุณค่าและคุณภาพกับเครือข่ายบริการปฐมภูมิ (Appreciation& quality)  5.ประชาชนและภาคีมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพ (Partnerships) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | -พัฒนายกระดับอย่างน้อย 1 ขั้น |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจำนวน 11เครือข่าย |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานผลการดำเนินงานการพัฒนาตามเกณฑ์ 5 ขั้น |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอที่มีการบริหารจัดการตามแนวทางที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอจำนวน 11 เครือข่าย |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางมลวิภา กาศสมบูรณ์ กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ |

|  |
| --- |
| **ตัวชี้วัด** : ร้อยละของอาเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท๎องถิ่นอยํางมีคุณภาพ (ไมํน๎อยกวำร๎อยละ 50 ) |
| **เกณฑ์การประเมิน**:   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** | | ขั้นตอนที่ 1-4 | ขั้นตอนที่ 1-6 | ขั้นตอนที่ 1-8 | ขั้นตอนที่ 1-11 | |
| **วิธีการประเมินผล :**  ขั้นตอนที่ 1 มีการแตํงตั้งคณะกรรมการ DHS ระดับเขต/จังหวัด/อาเภอ และประชุมวางแผนยุทธศาสตร์/  แผนปฏิบัติการ  ขั้นตอนที่ 2 สนับสนุนงบประมาณ และพัฒนากลไกในการติดตามประเมินผล  ขั้นตอนที่ 3 กาหนดอาเภอเปูาหมายประจาปี 2557 มีการประเมินตนเอง (Self- Assessment) ตาม  มาตรฐานแนวทาง UCARE  ขั้นตอนที่ 4 มีการคัดเลือก ODOP มาจาก Essential Care อยำงน๎อยอาเภอละ 1 เรื่องมีคาสั่งการแตํงตั้ง  คณะกรรมการ DHS  ขั้นตอนที่ 5 มีระบบการสนับสนุนและการพัฒนา DHS ตามองค์ประกอบ (UCARE) โดยใช๎บันได 5 ขั้นเป็น  แนวทาง และยกระดับขึ้นอยำงน๎อยหนึ่งขั้นทุกตัวและขยายพื้นที่ให๎ครอบคลุมตาบลมากกวำ  ร๎อยละ 50  ขั้นตอนที่ 6 มีการประชุมชี้แจงสร๎างความเข๎าใจกับทุกกลุํมงานของสานักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อ  สนับสนุนการพัฒนาตามประเด็น Essential care  ขั้นตอนที่ 7 มีรายงานติดตาม Progression & Appreciation  ขั้นตอนที่ 8 มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู๎ระดับจังหวัด/เขต  ขั้นตอนที่ 9 สรุปผลการพัฒนาในภาพรวมของเขต/จังหวัด  ขั้นตอนที่ 10 มีผลงาน Good practice (อาเภอ/ตาบลตัวอยำง) ที่สามารถบอกได๎วำ ประชาชนได๎รับการ  ดูแลหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยํางไร  ขั้นตอนที่ 11 ร้อยละของอาเภอที่มี DHS ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมี   คุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 |
| **เอกสารสนับสนุน :**   1. แนวทางการดำเนินงานเครือข่ายระบบสุขภาพระดับ 2. แนวทางการประเมินเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **3.ตำบลจัดการสุขภาพ 3.1ร้อยละของตำบลที่มีการจัดการสุขภาพดี วิสาหกิจชุมชนยั่งยืน 3.2ร้อยละของตำบลจัดการสุขภาพดี วิสาหกิจชุมชนยั่งยืน** | | | | | |
| เป้าหมาย( เกณฑ์) | ดำเนินการต่อยอดในตำบลจัดการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปีงบประมาณ 2549-2556 กำหนดเป้าหมายการพัฒนาเป็น 2 ประเภท คือ **ประเภทตำบลจัดการสุขภาพเดิมพัฒนาต่อเนื่อง เป็นตำบลต้นแบบสุขภาพดี และตำบลใหม่ดำเนินการ ปีงบประมาณ 2557 อำเภอละ 2 ตำบล**  ตำบลที่มีระดับการจัดการสุขภาพระดับดีขึ้นไปถือว่าผ่านเกณฑ์ตำบลจัดการสุขภาพ   * + - * 1. มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ใน**ระดับดี** ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70   2. มีผลการประเมินตำบลต้นแบบ ผ่านเกณฑ์ใ**นระดับดีมากขึ้นไป** ร้อยละ 50 | | | | | |
| คำนิยาม | ตำบลจัดการสุขภาพดี หมายถึง ตำบลที่มีกระบวนการสร้างสุขภาพที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาบทบาทภาคประชาชน ท้องถิ่น และทุกภาคส่วนในท้องถิ่น มีการบูรณาการช่วยกันค้นหาและกำหนดปัญหาร่วมกัน ดำเนินกิจกรรมพัฒนาด้านสุขภาพ และมาตรการทางสังคม รวมทั้งนวตกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมและเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งนี้เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง (3อ.2ส.) และโรควิถีชีวิต 5 โรค ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจ หลอกเลือดสมอง และมะเร็ง  เกณฑ์การประเมินเพื่อการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ  1. การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ (ทีมงาน) (ระดับพื้นฐาน)  2. การพัฒนากระบวนการจัดทำตามแผนสุขภาพตำบล(ระดับพัฒนา)  3. การขับเคลื่อนแผนสุขภาพตำบลสู่การปฏิบัติ(ระดับดี)  4. ตำบลที่มีระบบการจัดการอย่างต่อเนื่อง(ระดับดีมาก)  5. ความพร้อมและศักยภาพในการเป็นโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน  (ระดับดีเยี่ยม)  ผลผลิตจากดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพดี วิสาหกิจชุมชนยั่งยืน ได้แก่  1. นโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี  2. ชุมชนสุขภาพดี  3. สิ่งแวดล้อมดี พลังงานสะอาด  4. แก้ไขปัญหาความยากจน  5. มีมาตรการทางสังคมระดับตำบล  6. มีแหล่งเรียนรู้หรือโรงเรียนนวัตกรรมสุขภาพชุมชน | | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | **เป้าหมายที่ 1**  = (ตำบลจัดการสุขภาพ 49 ตำบลเดิมพัฒนาต่อเนื่อง ผลการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานในระดับ ดีมากขึ้นไป x 100) (เป้าหมายร้อยละ 50)  **เป้าหมายที่ 2**  = ตำบลต้นแบบตำบลจัดการสุขภาพดี ที่มีผลการประเมินในระดับขึ้นไป/ ตำบลเป้าหมายการพัฒนา ปีงบประมาณ 2557) x 100 (เป้าหมายร้อยละ 70) | | | | | |
| 1. เกณฑ์การให้คะแนน | 1 . ตำบลจัดการสุขภาพดี วิสาหกิจชุมชนยั่งยืน ( ระดับดี )   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 | | ร้อยละ 66 | ร้อยละ 68 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 72 | ร้อยละ 74 |   2 .ตำบลต้นแบบตำบลจัดการสุขภาพดี วิสาหกิจชุมชนยั่งยืน (ระดับดีมากขึ้นไป )   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ระดับ 1 | ระดับ 2 | ระดับ 3 | ระดับ 4 | ระดับ 5 | | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | | | | | | |
| **เกณฑ์การประเมิน** | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ระดับคะแนน** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | | **ตำบลต้นแบบ** | ร้อยละ 30 | ร้อยละ 40 | ร้อยละ 50 | ร้อยละ 60 | ร้อยละ 70 | | **ตำบลใหม่** | ร้อยละ 66 | ร้อยละ 68 | ร้อยละ 70 | ร้อยละ 72 | ร้อยละ 74 | | | | | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | * + - * 1. ตำบลใหม่ประเมินผ่านเกณฑ์ใน**ระดับดี** ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70   2. ตำบลต้นแบบ ผ่านเกณฑ์ใ**นระดับดีมากขึ้นไป** ร้อยละ 50 | | | | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาล/สสอ. /โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | | | | | |
| **แหล่งข้อมูล**  **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | - รายงานเป็นเอกสารแบบรายงาน ทุก 6 เดือน ( เดือนมีนาคมและกันยายน) - รายงานความก้าวหน้าผ่าน www.thaiphc.net  รายงาน/สำรวจ / ประเมินผล: รวบรวมจาก รพ/สสอ. จังหวัดกำแพงเพชร  1. การประเมินตนเองในระดับพื้นที่ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล  2. การประเมินตนเองในระดับพื้นที่ของภาคีเครือข่ายสุขภาพระดับตำบลโดยใช้แบบประเมิน  หมู่บ้าน/ตำบลจัดการสุขภาพแล้วบันทึกลงไปเวปไซด์ [www.thaiphc.net](http://www.thaiphc.net)  3. การสุ่มประเมินโดยทีมนิเทศ อำเภอ/จังหวัด | | | | | |
|  | **3.3หมู่บ้านจัดการสุขภาพ** | | | | | |
| เกณฑ์ | มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 70 | | | | | |
| รายการข้อมูล | จำนวนหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ | | | | | |
| นิยาม | หมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์หมู่บ้านจัดการสุขภาพ หมายถึงหมู่บ้านที่มีการจัดการด้านสุขภาพใน 6ส่วน10 คะแนน ดังนี้   1. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการสุขภาพชุมชน 2. มีการจัดทำแผนด้านสุขภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม 3. มีการจัดการงบประมาณเพื่อใช้ในการพัฒนาสุขภาพ 4. มีการจัดกิจกรรมด้านสุขภาพ ครบ 5 ด้านในหมู่บ้าน 5. มีการประเมินผลการจัดการด้านสุขภาพของหมู่บ้าน 6. ผลสัมฤทธิ์ของการจัดการสุขภาพ | | | | | |
| วิธีรายงาน | กรอกข้อมูลในโปรแกรมหมู่บ้านจัดการสุขภาพในระดับอำเภอ และส่งข้อมูลทาง เว็บไซต์ WWW.thaiphc.net ภายในเดือนมิถุนายน 2557 | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | ทุกหมู่บ้าน/PCU/สอ/สสอ/รพช. หน่วยงานผู้รายงาน : คปสอ.  การสุ่มประเมินโดยทีมนิเทศ อำเภอ/จังหวัด | | | | | |
| พื้นที่เป้าหมาย | ทุกหมู่บ้านในเขตชนบทอบต./ เทศบาลตำบล | | | | | |
| การประมวลผลตัวชี้วัด(สูตรการคำนวณ) | ร้อยละของหมู่บ้านที่ผ่านเกณฑ์การจัดการด้านสุขภาพ = x 100จำนวนหมู่บ้านทั้งหมด | | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนน | คะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ร้อยละผลงาน | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 |
| **ผู้ให้ข้อมูล ประสานงาน** | นายภูมิ สัญญะวิชัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ ต่อ 119 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **3.4มีหมู่บ้าน/ชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขยายผลเพิ่มขึ้น** | | | | |
| คำนิยาม | หมู่บ้าน/ชุมชนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพขยายผล หมายถึง หมู่บ้านที่ประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในหมู่บ้าน ในชุมชน มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทุกกลุ่มวัย ตลอดจนโรคที่เป็นปัญหาด้านสุขภาพ 15 โรคที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุข ดังนี้ โรคระบบไหลเวียนเลือด โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดและสมอง โรคปอดอักเสบ โรคติดเชื้อในกระแสโลหิต โรคไตเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคปอดเรื้อรัง โรคเอดส์ แม่ตายและลูกตาย ฟันผุในเด็กเล็ก และโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ โดยดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ7 กระบวนการดังนี้  กระบวนการที่ 1 สร้างทีมดำเนินงาน  กระบวนการที่ 2 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานหมู่บ้าน  กระบวนการที่3 จัดทำแผนพัฒนาหมู่บ้าน  กระบวนการที่4จัดกิจกรรมการเรียนรู้ของประชาชน  กระบวนการที่5 การเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ  กระบวนการที่ 6จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของทีมดำเนินงาน  กระบวนการที่7ประเมินผลการดำเนินงานหมู่บ้าน | | | | |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ร้อยละ 60 | | | | |
| เกณฑ์การให้คะแนนรอบที่ 1 | ระดับคะแนน 1 | ระดับคะแนน2 | ระดับคะแนน 3 | ระดับคะแนน4 | ระดับคะแนน5 | |
| กระบวนการที่ 1+2 | กระบวนการที่ 1+2+3+4 | กระบวนการที่  1+2+3+4+5 | กระบวนการที่  1+2+3+4+5+6 | กระบวนการที่ 1+2+3+4+5+6+7 | |
| รอบที่2 | <35 | 35-49 | 50-66 | 66-80 | >80 | |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | ประชาชนทุกกลุ่มวัย ที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | ระบบรายงาน | | | | |
| แหล่งข้อมูล | รพท./รพช/ สสอ. /รพ.สต | | | | |
| รายการข้อมูล1 | A=จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ | | | | |
| รายการข้อมูล2 | B=จำนวนหมู่บ้าน/ชุมชน ทั้งหมด | | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) x 100 | | | | |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | 1.นางสาวกำไลทิพย์ ระน้อย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ โทร.0816803375  2.นางสาววันดี ป่าทอง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  โทร.0872090863 | | | | |

**3.4 PHER**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | ทีมMERT/MiniMERTทีได้รับการพัฒนา | S2 | ประเมิน | ควบคุมโรค |
| 2 | คุณภาพของอำเภอที่มีทีม MCATT | S2 | ประเมิน | ควบคุมโรค |
| 3 | คุณภาพของอำเภอที่มีทีม SRRT | S2 | ประเมิน | ยุทธศาสตร์ |
| 4 | ER, EMS คุณภาพ | S2 | ประเมิน | ควบคุมโรค |
| 3.1ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินที่ได้รับปฎิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที ที่ได้รับแจ้งเหตุ |
| 3.2 ER ที่มีคุณภาพ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1.ระบบบริการสุขภาพ(การจัดการด้านการแพทย์และสาธารณสุขฉุกเฉิน)** MERT**/** Mini MERT | | | | | | | | | | | | |
|  | จังหวัดมีทีม MERT ที่มีการจัดตั้งและพัฒนาคุณภาพ จำนวน 1 ทีม | | | | | | | | | | | | |
| คำอธิบาย/นิยาม | MERT คือ ทีมหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ระดับตติยภูมิ หรือ ทีมสหวิชาชีพ ระดับจังหวัด ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน พยาบาล 4 คน เวชกิจฉุกเฉิน 4-6 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน ผู้ช่วยเหลือ/โภชนากร 1 คน เจ้าหน้าที่สื่อสาร จำนวน 1 คน และเจ้าหน้าที่บริหารหรือการเงิน จำนวน 1 คน รวม 17 คน ทำหน้าที่เสมือนห้องฉุกเฉินเคลื่อนที่ในภาวะภัยพิบัติ โดยเน้นการดูแลรักษาฉุกเฉิน การลำเลียงผู้ป่วยส่งต่อ และการดูแลรักษาในระดับตติยภูมิ โดยทีมสามารถพึ่งพาตัวเองได้ในระยะเวลาจำกัดโดยไม่รบกวนทรัพยากรของท้องถิ่น | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์เป้าหมาย | จำนวน 1 ทีม | | | | | | | | | | | | |
| เป้าหมาย | โรงพยาบาลกำแพงเพชร หรือ ทีมรวมโรงพยาบาลทุกแห่ง | | | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | รายงานการปฏิบัติงานในระบบ ITEMs | | | | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | 1. จากเอกสารการรายงานของโรงพยาบาลทั่วไป 2. รายงานจากระบบ ITEMs ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) 3.รายงานจากสำนักสาธารณสุขฉุกเฉิน กระทรวงสาธารณสุข | | | | | | | | | | | | |
|  | ร้อยละของอำเภอที่มีทีม Mini MERT คุณภาพ ร้อยละ 80 | | | | | | | | | | | | |
| คำอธิบาย/นิยาม | ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์เคลื่อนที่เร็วระดับอาเภอ (Mini Medical Emergency Response Team: Mini MERT )หมายถึง ทีมปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ ในภาวะภัยพิบัติ ระดับอาเภอ เป็นทีมเคลื่อนที่ออกตัวได้เร็ว ประกอบด้วย ทีมละ 5-6 คน คือ แพทย์ (1), พยาบาล (2), ผู้ช่วยเหลือ และหรือ พนักงานขับรถ ที่ได้รับการอบรมพื้รฐานอาสาสมัครกู้ชีพ (2-3) ที่พร้อมออกปฏิบัติการช่วยเหลือทีมแพทย์ในพื้นที่ เพื่อดูแลผู้ปุวยในพื้นที่ของตน และทาหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย ในการช่วยเหลือพื้นที่ประสบภัยของตนเอง และใกล้เคียง สามารถปฏิบัติงานได้ตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ขั้นต้น(Triage, Treatment, Transfer) โดยทีมจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ตามที่กรมการแพทย์ | | | | | | | | | | | | |
| เกณฑ์เป้าหมาย | จำนวน 5 ทีม | | | | | | | | | | | | |
| เป้าหมาย | บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ระดับอำเภอ | | | | | | | | | | | | |
| สูตรการคำนวณ | ทีม Mini MERT ระดับอำเภอที่มีคุณภาพ X 100 ทีม Mini MERT ระดับอำเภอทั้งหมด | | | | | | | | | | | | |
| แหล่งข้อมูล | รายงานการปฏิบัติงานในระบบ ITEMs | | | | | | | | | | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | 1. จากเอกสารการรายงานของสถานบริการทุกระดับ 2. รายงานจากระบบ ITEMs ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) | | | | | | | | | | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ | กลุ่มงานงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  นายณัฐพงศ์ วิมานสาร เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  055-705187-8 ต่อ 130-131 | | | | | | | | | | | | |
| **ตัวชี้วัด** | | **2. ร้อยละของอำเภอที่มีทีม MCATT คุณภาพ** | | | | | | | | | | | |
| **คำนิยาม** | | **ทีม MCATT : Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team (ทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต)** หมายถึง ทีมสหวิชาชีพที่ให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช เภสัชกร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักวิชาการสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต และผู้ที่เกี่ยวข้อง  **ทีม MCATT** ใน**ระดับอำเภอ** หมายถึง ทีม MCATT ประจำพื้นที่ในระดับอำเภอ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  **ทีม MCATT ที่มีคุณภาพมาตรฐาน** หมายถึง ทีม MCATT ที่มีคุณภาพมาตรฐาน ตามคู่มือ “**มาตรฐานทีมให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต”**  **วิกฤตสุขภาพจิต หมายถึง** ภาวะเสียสมดุลทางอารมณ์และจิตใจจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดความว้าวุ่น สับสน และความผิดปกติที่คนเราไม่สามารถจะใช้วิธีคิดและการปฏิบัติที่เคยใช้ได้ในภาวะปกติ โดยเกิดจากภัยพิบัติทั้งที่เกิดจากภัยธรรมชาติและเกิดจากการกระทำของมนุษย์  **ภัยพิบัติ** หมายถึง เหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันที่ก่อให้เกิดผลกระทบที่มีอันตรายรุนแรงต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับประเทศชาติ ซึ่งต้องการความช่วยเหลือโดยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานเพื่อ ให้กลับฟื้นคืนสู่สภาพปกติ  ภัยพิบัติ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ  1) ภัยพิบัติทางธรรมชาติ ได้แก่ อุทกภัย โคลนถล่ม วาตภัย คลื่นสึนามิ การเกิดไฟป่า แผ่นดินไหว และโรคระบาด เป็นต้น  2) ภัยพิบัติจากการกระทำของมนุษย์ ได้แก่ การเกิดอุปทานหมู่ อุบัติเหตุหมู่ ไฟไหม้ สถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ สถานการณ์วิกฤตทางการเมือง กรณีจับตัวประกัน กรณีการพยายามทำร้ายตัวเอง การรั่วไหลของสารเคมี เป็นต้น | | | | | | | | | | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | ร้อยละ 80 ของอำเภอที่มีการจัดตั้งทีม MCATT ที่มีคุณภาพ | | | | | | | | | | | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | อำเภอ | | | | | | | | | | | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | นิเทศ ติดตามประเมินผล โดยสำนักสาธารณสุขจังหวัด และรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อให้ศูนย์สุขภาพจิตที่ 8 กรมสุขภาพจิต | | | | | | | | | | | |
| **แหล่งข้อมูล** | | แบบรายงานของกรมสุขภาพจิต | | | | | | | | | | | |
| **เกณฑ์การประเมินระดับหน่วยงาน(รพช.)** | | **ระดับคะแนน** | **1** | **2** | | | **3** | | **4** | | | **5** | |
| **ผลการดำเนินงาน** | ทีมMCATTผ่านเกณฑ์ 10 ตามกำหนด | ทีมMCATTผ่านเกณฑ์ 14 ตามกำหนด | | | ทีมMCATTผ่านเกณฑ์ 17 ตามกำหนด | | ทีมMCATTผ่านเกณฑ์ 20 ตามกำหนด | | | ทีมMCATTผ่านเกณฑ์ทุกข้อ(22 ข้อ) | |
| **รายการข้อมูล 1** | | A=จำนวนอำเภอที่มีการจัดตั้งทีม MCATT ที่มีคุณภาพ(ผ่านเกณฑ์ระดับคะแนน 3) | | | | | | | | | | | |
| **รายการข้อมูล 2** | | B=จำนวนอำเภอทั้งหมดในพื้นที่รับผิดชอบ | | | | | | | | | | | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | (A/B) x 100 | | | | | | | | | | | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ นางมรกต สมพันธุ์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  055-705187-8 ต่อ136 | | | | | | | | | | | |
| **เกณฑ์การประเมินมาตรฐานทีม MCATT ระดับอำเภอ** | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **องค์ประกอบ** | | | | **ระดับคะแนน** | | | | | | | |
| **1** | **2** | | **3** | | **4** | **5** | |
| **มาตรฐานที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **ด้านการบริหารทีมงาน** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 1. มีการจัดตั้งทีมและมีคำสั่งแต่งตั้งทีม MCATT ที่ชัดเจน**\*** 1.1 จัดตั้งคณะกรรมการอำนวยการ ประกอบด้วย คปสอ. มีประธาน คปสอ.เป็นประธานและผู้รับผิดชอบหลักงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลชุมชนเป็นเลขานุการ มีคำสั่งแต่งตั้งโดยประธาน คปสอ./นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด 1.2 จัดตั้งคณะกรรมการปฏิบัติงานโดยผู้รับผิดชอบหลักงานสุขภาพจิตระดับอำเภอเป็นเลขานุการ มีคำสั่งแต่งตั้งโดย ประธาน คปสอ./นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 2. มีการระบุโครงสร้างของทีมที่ชัดเจน ประกอบด้วย  - แพทย์  - พยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพจิต/พยาบาลเฉพาะทางสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช(PG)/พยาบาลจิตเวช  - นักจิตวิทยา/นักสังคมสงเคราะห์(ถ้ามี)  - เภสัชกร   - นักวิชาการสาธารณสุข  - เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 3. มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ - ปฏิบัติงานร่วมกับทีมให้การช่วยเหลือทางกาย เพื่อประเมินสถานการณ์ - ประเมินคัดกรองและให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตในพื้นที่ - ให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจครอบครัวผู้เสียชีวิต - ถ่ายทอดความรู้ในเรื่องการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตให้แก่บุคลากรในเครือข่าย เช่น ศูนย์เยียวยาระดับตำบล อสม. รพ.สต. เป็นต้น - รายงานผลการปฏิบัติงานตามขั้นตอนเพื่อนำเสนอ War room กระทรวงสาธารณสุข - สื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 4. มีแผนภูมิ/ผังการปฏิบัติงาน : มีแผนผังการปฏิบัติงาน(Flow Chart) | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 5. มีการจัดประชุมทีม  - มีการประชุมชี้แจงการปฏิบัติงาน - มีการประชุมติดตามผลการปฏิบัติงาน | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **ด้านวิชาการ** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 1. บุคลากรของทีม MCATT ผ่านการอบรมความรู้เรื่องการพัฒนาศักยภาพทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT) : บุคลากรของทีม MCATTผ่านการอบรมความรู้เรื่องการพัฒนาศักยภาพทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจ (MCATT)อย่างน้อย 1 คน**\*** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 2. มีแผนงาน/โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเรื่องการช่วยเหลือเยียวยาจิตใจและความรู้อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การเจรจาต่อรองในภาวะวิกฤต - มีแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร - สนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการอบรม - มีการจัดอบรม และ/หรือสนับสนุนบุคลากรเข้าร่วมการอบรมฟื้นฟูความรู้บุคลากรภายในทีม อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **ด้านการเตรียมความพร้อม** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 1. มีผู้ประสานงานหลัก : ผู้ที่ได้รับมอบหมายจากประธาน คปสอ. | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 2. มีคู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤตกรมสุขภาพจิต | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 3. มียานพาหนะที่พร้อมใช้งาน : ประสานการจัดเตรียมยานพาหนะที่พร้อมใช้งาน | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 4. เครื่องมือสื่อสาร/วัสดุอุปกรณ์/เวชภัณฑ์ ในการปฏิบัติงาน - มีการประสาน/จัดเตรียมเครื่องมือสื่อสาร/วัสดุอุปกรณ์ ตามคู่มือฯ ให้เพียงพอและพร้อมใช้งานตามบริบทของพื้นที่ประสบภัย - มีรายการเวชภัณฑ์ทางจิตเวชที่สามารถให้การรักษาเบื้องต้นได้ | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 5. มีเครื่องมือประเมินคัดกรอง : มีการจัดเตรียมเครื่องมือประเมิน/คัดกรองตามคู่มือการปฏิบัติงานทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต กรมสุขภาพจิต | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 6. มีแผนปฏิบัติการภาวะวิกฤตและฝึกซ้อมแผน : จัดทำแผนปฏิบัติการและซ้อมแผนบนโต๊ะ (Table Top Exercise)อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง**\*** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 7. มีแผนงบประมาณในภาวะวิกฤต : มีการจัดทำแผนการใช้งบประมาณในภาวะวิกฤต | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 8. มีฐานข้อมูล/ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง : จัดทำฐานข้อมูล/ทะเบียนกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **มาตรฐานที่ 2 ด้านการปฏิบัติงาน** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 1. สื่อสาร/ประชาสัมพันธ์ความรู้ด้านสุขภาพจิตในภาวะวิกฤต - สื่อสาร/ประชาสัมพันธ์/รณรงค์ความรู้ด้านสุขภาพจิตภาพรวมระดับอำเภอ เช่น แผ่นพับ คู่มือ หอกระจายข่าว วิทยุชุมชน เคเบิ้ลทีวี ฯลฯ - ถ่ายทอดความรู้สุขภาพจิตในภาวะวิกฤตแก่เครือข่ายการดำเนินงานสุขภาพจิตในพื้นที่ | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 2. ติดตามดูแลต่อเนื่องกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามฐานข้อมูล - รวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ - ประเมินสถานการณ์ภาวะสุขภาพจิตของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในพื้นที่ - ติดตามดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 3. ค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตรายใหม่/ประเมินภาวะสุขภาพจิต- คัดกรองค้นหากลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตรายใหม่- ประเมินปัญหาสุขภาพจิต- จำแนกระดับความรุนแรงเพื่อการส่งต่อ | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 4. ดำเนินงานให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจตามระยะของการเกิดภัยพิบัติ(ระยะวิกฤตและฉุกเฉิน ระยะหลังได้รับผลกระทบ ระยะฟื้นฟู) - ดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภาวะวิกฤตตามระยะของการเกิดภัยพิบัติ - ให้การช่วยเหลือเยียวยาจิตใจครอบครัวผู้เสียชีวิต - จัดบริการด้านสุขภาพจิตและกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน /ในศูนย์พักพิงในพื้นที่ประสบภัยที่ หน่วยงานรับผิดชอบ | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 5. สนับสนุน/ประสานงาน/เป็นที่ปรึกษาแก่เครือข่าย : เป็นที่ปรึกษาด้านวิกฤตสุขภาพจิตแก่เครือข่าย เช่น อสม. รพ.สต. ฯลฯ | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **มาตรฐานที่ 3 ด้านการติดตามประเมินผล** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 1. รายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบฟอร์มที่กำหนดและรายงานตามขั้นตอน  - บันทึกผลการปฏิบัติงานครบถ้วนตามแบบฟอร์มที่กำหนด - ส่งรายงานทันตามเวลาที่กำหนดกับผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตระดับจังหวัด | | | |  |  | |  | |  |  | |
| 2. วิเคราะห์ข้อมูลการปฏิบัติงาน : นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์มาวางแผนการดูแลช่วยเหลือ กลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบ | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **หมายเหตุ** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **องค์ประกอบที่มีเครื่องหมาย \* หมายถึง เป็นองค์ประกอบหลักที่จำเป็นต้องมี** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **การประเมินระดับจังหวัดเพิ่ม 2 ข้อ ได้แก่** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **1. จังหวัดมีการนิเทศติดตาม ประเมินผล** | | | |  |  | |  | |  |  | |
| **2. ในพื้นที่ที่ประสบเหตุ มีการประชุมสรุปผลการดำเนินงานช่วยเหลือที่ผ่านมา** | | | |  |  | |  | |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **3 อำเภอมีทีม SRRT คุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ระดับอำเภอที่มีคุณภาพ หมายถึง ทีม SRRT ระดับอำเภอ ทำหน้าที่ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อที่แพร่ระบาดรวดเร็วรุนแรง หรือเหตุการณ์ที่ผิดปกติที่ส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง สามารถตรวจจับภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Public health emergency) ดำเนินการสอบสวนโรคอย่างมีประสิทธิภาพทันการณ์ และควบคุมโรคฉุกเฉิน/ขั้นต้น (containment) เพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาด ได้ตามมาตรฐานที่สอดคล้องกับกฎอนามัยระหว่างประเทศ (อย่างน้อยผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน) ที่ผ่านการรับรองมาตรฐานโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553-2556  มีการประเมินดังนี้ ระดับ1 ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน 6 ข้อ ระดับ2 ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน 12 ข้อ ระดับ3 ผ่านเกณฑ์พื้นฐาน 13 ข้อ ระดับ4 ผ่านเกณฑ์ดี 8 ข้อระดับ 5 ผ่านเกณฑ์ดี 13 ข้อ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ผ่านเกณฑ์ดี 13 ข้อ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ทีม SRRT ระดับอำเภอ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ดำเนินการจัดเก็บข้อมูลโดยกรมควบคุมโรค |
| **แหล่งข้อมูล** | หลักฐานด้านความเป็นทีม ความพร้อมของทีม ความสามารถปฏิบัติงาน และผลงานการเฝ้าระวังและสอบสวนที่มีประสิทธิภาพ |
| **รายการข้อมูล 1** | A=ทีม SRRT ระดับอำเภอที่ผ่านการรับรองมาตรฐานในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553-2556 |
| **รายการข้อมูล 2** | B= ทีม SRRT ระดับอำเภอทั้งหมด 11 ทีม |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข  นางสาวหทัยรัตน์ สุนทรสุข นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ  055-705187-8 ต่อ 176 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | | **4.ER,EMS คุณภาพ** | | | |
|  | | 4.1.ร้อยละของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง)ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาทีที่ได้รับแจ้งเหตุผ่านศูนย์สั่งการฯ 1669 | | | |
| คำอธิบาย/นิยาม | | ผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง) ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินภายใน 10 นาที หมายถึง ผู้ปุวยฉุกเฉินวิกฤต(สีเหลืองและสีแดง) ที่ได้รับปฏิบัติการฉุกเฉินโดยชุดปฏิบัติการฉุกเฉินนับตั้งแต่มีการรับแจ้งเหตุที่ศูนย์รับแจ้งเหตุจนถึงชุดปฏิบัติการไปถึงและเริ่มให้การดูแล ซึ่งประเมิน ณ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต(สีแดง) คือ ผู้ปุวยที่ต้องได้รับการบาบัดรักษาทันที มิฉะนั้นจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วหากไม่ได้รับปฏิบัติการแพทย์ทันที หรือทาให้การบาดเจ็บหรืออาการปุวยของผู้ปุวยฉุกเฉินนั้นรุนแรงขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้อย่างฉับไวผู้ป่วยเร่งด่วน(สีเหลือง) คือต้องได้รับการบาบัดรักษาอย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นจะเสียชีวิตในเวลาต่อมา หรืออาจสูญเสียอวัยวะที่สาคัญ เช่น ระบบประสาท ระบบหายใจ ระบบไหลเวียนโลหิต เป็นต้น | | | |
| เกณฑ์เป้าหมาย | | ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 70 | | | |
| เป้าหมาย | | โรงพยาบาลทุกแห่ง หน่วยปฏิบัติการทุกระดับ ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ 1669 | | | |
| สูตรการคำนวณ | | A = จำนวนครั้งของผู้ป่วยเร่งด่วนและฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง) ที่มามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินERโดยระบบการแพทย์ฉุกเฉิน(EMS) โดยแจ้งผ่านศูนย์สั่งการ 1669 B = จำนวนครั้งของผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนและผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ(สีเหลืองและสีแดง) ทั้งหมดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน (ER visit) = ( A / B ) X 100 | | | |
| วิธีการประเมิน | | จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ |  |  |  |
|  | | ขั้นตอนที่ 1 สถานบริการในระดับอำเภอ ได้รับฟังคำชี้แจง และเตรียมการประเมินคุณภาพ EMS | | | |
|  | | ขั้นตอนที่ 2 สถานบริการในระดับอำเภอ มีการประเมินคุณภาพ EMS ด้วยตนเอง | | | |
|  | | ขั้นตอนที่ 3 สถานบริการระดับอำเภอ ทำการวิเคราะห์ และประเมินคุณภาพ EMS ในภาพรวม อำเภอ | | | |
|  | | ขั้นตอนที่ 4 สถานบริการมีการปรับปรุงคุณภาพ EMS ให้สอดรับกับผลการประเมิน | | | |
|  | | ขั้นตอนที่ 5 สถานบริการระดับอำเภอมี EMS คุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 | | | |
| แหล่งข้อมูล | | 1. ศูนย์รับแจ้งเหตุ 1669 ของจังหวัดกำแพงเพชร 2. รายงานจากระบบ ITEMs ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | | 1. จากเอกสารการรายงานของสถานบริการทุกระดับ 2. รายงานจากระบบ ITEMs ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ(สพฉ.) | | | |
| ตัวชี้วัดที่ 54 | | 4.2ร้อยละของ ER ที่มีคุณภาพ ไม่น้อยกว่า 70 | | | |
| คำอธิบาย/นิยาม | | ER หรือ ห้องฉุกเฉิน ของโรงพยาบาลแต่ละระดับ มีขีดความสามารถในการช่วยเหลือผู้ปุวยฉุกเฉิน ไม่เหมือนกัน คู่มือแนวทางสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล ตามที่กรรมการแพทย์ร่วมกับสมาคมเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทยได้พัฒนาคู่มือในการประเมินตนเอง มาตั้งแต่ พ.ศ. 2551 และได้นาไปทดสอบ และ ทดลองใช้ ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ ในปี พ.ศ.2552- 2554 และประเมินผลการดาเนินงานในปี พ.ศ. 2555 เป็นคู่มือที่โรงพยาบาลในแต่ละระดับสามารถประเมินตนเอง เพื่อทราบถึง จุดเด่นและจุดที่ต้องปรับปรุงของตนเอง ในด้านที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ปุวยฉุกเฉินของโรงพยาบาลใดๆ ทั้งหมด 4 ด้าน(12 ประเด้น) เช่น ด้านบุคลากร ด้านการจัดอาคารสถานที่ ด้านการจัดระบบดูแลรักษาพยาบาล รวมถึงระบบ Fast Track และ ด้านสนับสนุนอื่นๆ เป็นต้น ทั้งนี้ระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน จะรวมตั้งแต่การดูแลผู้ป่วย ณ จุดเกิดเหตุ (Pre hospital care) ณ ห้องฉุกเฉิน (in hospital care) ระบบการส่งต่อผู้ป่วย (inter hospital care) ตลอดจน ผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษา (discharge) ทั้งในภาวะปกติ ภาวะอุบัติภัยหมู่ (Mass Casualty Incident : MCI) และภาวะภัยพิบัติ (Disater) | | | |
| เกณฑ์เป้าหมาย | | ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาล มีการประเมินตนเอง ตามคู่มือแนวทางสู่มาตรฐานด้านการรักษาพยาบาลฉุกเฉินโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ของกรมการแพทย์(แจกให้ทุกแห่งไปแล้ว) | | | |
| เป้าหมาย | | ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลทุกแห่ง | | | |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | | 1.รายงานข้อมูลให้ สสจ.ทราบทุก 3 เดือน | | | |
|  |  | 2.สุ่มสำรวจประเมินเชิงคุณภาพ โดยทีมนิเทศของส่วนกลาง เขต จังหวัด | | | |
| แหล่งข้อมูล | | 1.ผลจากการประเมินห้องฉุกเฉินด้วยตนเอง | | | |
|  |  | 2.ผลการประเมินจากทีมนิเทศเฉพาะด้านของกรมการแพทย์ | | | |
| รายการข้อมูล | | A = จำนวนโรงพยาบาลที่ผ่านการประเมิน ตามแนวทางสู่มาตรฐานฯ B = ผลการประเมินจากทีมนิเทศเฉพาะด้าน ของกรมการแพทย์ | | | |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | | (A-B)/A x 100 | | | |
| ระยะเวลาการประเมิน | | ทุก 3 เดือน โดยทีมนิเทศงานจังหวัด ทีมนิเทศงานและตรวจราชการกระทรวง,กรมการแพทย์ | | | |
| วิธีการประเมิน | | จัดระดับความสำเร็จเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้ |  |  |  |
|  |  | ขั้นตอนที่ 1 โรงพยาบาลทุกระดับมีคณะกรรมการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพ ER | | | |
|  |  | ขั้นตอนที่ 2 บุคลากร ER ในโรงพยาบาลทุกระดับมีการพัฒนาศักยภาพในการใช้แนวพัฒนาทางสู่มาตรฐานด้านการรักษา พยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล | | | |
|  |  | ขั้นตอนที่ 3 มีการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาคุณภาพ ER ตามแนวทางสู่มาตรฐานการด้านการรักษา พยาบาลฉุกเฉินของโรงพยาบาล | | | |
|  |  | ขั้นตอนที่ 4 มีการวิเคราะห์ผลการพัฒนาคุณภาพ ER ตาม ข้อ 3 | | | |
|  |  | ขั้นตอนที่ 5 มีการรายงานผล (Out put) : | | | |
|  |  | 1.มีข้อมูลอัตราการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินตามลำดับความรุนแรงและความฉุกเฉินของผู้ป่วยที่มารับบริการที่ ER | | | |
|  |  | 2.ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน | | | |
|  |  | 3.ความพึงพอใจของผู้มารับบริการ | | | |
| กลุ่มงานที่รับผิดชอบ/ประสานงาน | | กลุ่มงานงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  นายณัฐพงศ์ วิมานสาร เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน  055-705187-8 ต่อ130-131 | | | |

**6.5 สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด | S2 | ประเมิน | คบส |
| 2 | สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการ ตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด (เท่ากับ 92) | S2 | ประเมิน | คบส |
| 3 | ผู้ประกอบการอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อม จำหน่าย ได้รับอนุญาตตามเกณฑ์ Primary GMP | S2 | ประเมิน | คบส |
| 4 | ร้อยละของสถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพปลอดบุหรี่ | S2 | ประเมิน | คบส |
| 5 | ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพระดับดีและดีมาก | S2 | ประเมิน | สิ่งแวดล้อม |
| 6 | ร้อยละของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม (ควบคุมน้ำหวานและขนมกรุบกรอบ) | S2 | สำรวจ | ทันต |
| 7 | โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเพชร | S2 | ประเมิน | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 8 | วัดส่งเสริมสุขภาพ | S2 | ประเมิน | ส่งเสริมสุขภาพ |
| 9 | ตลาดประเภทที่ 1 ได้มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อระดับดีและดีมาก | S2 | ประเมิน | สิ่งแวดล้อม |
| 10 | ตลาดประเภทที่2(ตลาดนัด)ได้มาตรฐานตลาดนัดน่าซื้อ | S2 | ประเมิน | สิ่งแวดล้อม |
| 11 | ร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานCFGT | S2 | ประเมิน | สิ่งแวดล้อม |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1. ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด** |
| **คำนิยาม** | **ผลิตภัณฑ์สุขภาพ** หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตราย และวัตถุเสพติด  **การตรวจสอบ** หมายถึง การเก็บตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพส่งตรวจวิเคราะห์ หรือ ใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น หรือ Screening Test ตามเป้าหมายเชิงปริมาณที่กำหนด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 (ไม่รวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษ ฉุกเฉิน)  **มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด** หมายถึง มาตรฐานที่กำหนดในกฎหมายแต่ละผลิตภัณฑ์  ผ่านเกณฑ์คุณภาพมีแนวทางการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ดังนี้  1.มีข้อมูลพื้นฐาน 2.มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน 3.มีการออกเก็บตัวอย่างส่งตรวจ 4.มีการรายงานผล 5. มีการวิเคราะห์และประเมินผลงาน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ผ่านเกณฑ์คุณภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพ/สสอ. ทุกแห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจ/ประเมินคุณภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ./รพสต. ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | - |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  055-705187-8 ต่อ187-8 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **2.สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ได้รับการตรวจสอบได้รับมาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด** | |
| **คำนิยาม** | **สถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ** หมายถึง สถานที่ผลิต นำเข้า จำหน่าย ส่งออก มีไว้ในครอบครอง และสถานพยาบาล ด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพที่อยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ได้แก่ ยา อาหาร เครื่องสำอาง เครื่องมือแพทย์ วัตถุอันตรายและวัตถุเสพติด  **การตรวจสอบ** หมายถึง การตรวจสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพให้ได้ตามเป้าหมายเชิงปริมาณที่กำหนด (ไม่รวมเรื่องร้องเรียน กรณีพิเศษฉุกเฉิน)  **มาตรฐานตามเกณฑ์ที่กำหนด** หมายถึง มาตรฐานที่กำหนดในกฎหมายของแต่ละผลิตภัณฑ์  **แนวทางการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ดังนี้**  1.มีข้อมูลพื้นฐาน 2.มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน 3.มีการออกเก็บตัวอย่างส่งตรวจ 4.มีการรายงานผล 5. มีการวิเคราะห์และประเมินผลงาน | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ผ่านเกณฑ์คุณภาพ | |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพ/สสอ. ทุกแห่ง | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจ/ประเมินคุณภาพ | |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ./รพสต. ทุกแห่ง | |
| **รายการข้อมูล 1** | - | |
| **รายการข้อมูล 2** | - | |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - | |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  055-705187-8 ต่อ187-8 | |
|  | |  |
| **ตัวชี้วัด** | | **3. ผู้ประกอบการอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ได้รับสถานที่ผลิตตามเกณฑ์ Primary GMP** |
| **คำนิยาม** | | **อาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย** หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการแปรรูป เช่น ตัดแต่งในลักษณะที่นำไปปรุงหรือบริโภค คั่ว ทำให้แห้ง หมักดอง เป็นต้น หรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคุณลักษณะของอาหาร หรืออาหารที่ผ่านกระบวนการผลิตเรียบร้อยแล้ว และบรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่ายต่อผู้บริโภค แต่ทั้งนี้ไม่รวมถึงอาหารควบคุมเฉพาะ อาหารที่กำหนดคุณภาพหรือมาตรฐาน และอาหารที่ต้องมีฉลากที่มีประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้ต้องปฏิบัติตามวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิตและการเก็บรักษาอาหารแล้ว  **สถานที่ผลิตอาหารที่ต้องปฏิบัติตามเกณฑ์ Primary GMP** คือ สถานที่ผลิตอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 342 พ.ศ.2555 เรื่อง วิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย  **มาตรฐานตามเกณฑ์ Primary GMP** หมายถึง มาตรฐานสถานที่ผลิตอาหารที่ต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์วิธีที่ดีในการผลิตและการเก็บรักษาอาหารแปรรูปที่บรรจุในภาชนะพร้อมจำหน่าย ต้องได้รับการตรวจและผ่านเกณฑ์ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 60 และไม่พบข้อบกพร่องที่รุนแรง (Major Defect)  **มีแนวทางการประเมินคุณภาพตามเกณฑ์ดังนี้**  1.มีข้อมูลพื้นฐาน 2.มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงาน 3.มีการออกให้คำแนะนำ 4.มีการรายงานผล 5. มีการส่งเสริมผู้ประกอบการให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | | ผ่านเกณฑ์คุณภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | | รพ/สสอ. ทุกแห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | | สำรวจ/ประเมินคุณภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | | รพ./สสอ. ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | | - |
| **รายการข้อมูล 2** | | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  055-705187-8 ต่อ187-8 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **5.ร้อยละของศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ** |
| **คำนิยาม** | **ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ** หมายถึง ศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพ ระดับดีและระดับดีมาก  ระดับดี คะแนนอยู่ในช่วง ร้อยละ 80-89  ระดับดีมาก คะแนนอยู่ในช่วง ร้อยละ 90-100  ไม่ผ่านเกณฑ์ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 80  โดยมีกระบวนการจัดบริการที่ได้มาตรฐาน 6 ด้าน คือ  1. ด้านการเจริญเติบโตของร่างกาย ด้วยการจัดอาหารมื้อหลักตามหลักโภชนาการและอาหารเสริมตามวัย สะอาดถูกหลักสุขาภิบาลอาหารและการดูแลสุขภาพช่องปาก  2. ด้านการพัฒนาการและเรียนรู้ตามช่วงวัย  3. ด้านการจัดสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกศูนย์ฯสะอาดและปลอดภัย  4. ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อภายในศูนย์ฯ เช่น มือเท้าปาก ฯลฯ  5. ด้านบุคลากรมีสุขภาพร่างกายและจิตใจที่ดีและมีความรู้ในการเลี้ยงดูเด็ก  6. ด้านการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ชุมชน ท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง  พร้อมทั้งบรรลุผลลัพธ์ 4 ข้อคือ   1. เด็กมีพัฒนาการสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 (อนามัย 55) 2. เด็กมีส่วนสูงระดับดีและรูปร่างสมส่วน ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 3. เด็กมีปัญหาฟันน้ำนมผุไม่เกินร้อยละ 57 4. มีการส่งต่อเด็กที่พัฒนาการไม่สมวัยเข้ารับการประเมินและแก้ไขพัฒนาการ ณ สถานบริการสาธารณสุขทุกคน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ศูนย์เด็กเล็กสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | บันทึกข้อมูลลงโปรแกรมสำเร็จรูป ส่งทาง E-mail |
| **แหล่งข้อมูล** | จากการสำรวจ /ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนศูนย์เด็กเล็กที่ผ่านเกณฑ์ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพในปี 2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนศูนย์เด็กเล็กทั้งหมดในปีเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาการประเมินผล** | ทุก 6 เดือน (มีนาคม 2557 , กันยายน 2557) |
| **ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางสาววรีรัตน์ สุนทรสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-6880693  นายกิตติ แก้วบุตร โทรศัพท์มือถือ : 089 – 7022592 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **5.สถานบริการสาธารณสุข และส่งเสริมสุขภาพปลอดบุหรี่** |
| **คำนิยาม** | สถานบริการสาธารณสุขและส่งเสริมสุขภาพซึ่งเป็นสถานที่สาธารณะที่ให้มีการคุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่โดยกำหนดให้เป็นเขตปลอดบุหรี่ทั้งหมด ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 19 พ.ศ. 2553) ออกตาม พ.ร.บ.คุ้มครองสุขภาพของผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535  **การประเมินคุณภาพดังนี้**  1.สถานบริการจัดเขตปลอดบุหรี่2.มีข้อมูลพื้นฐานของสถานบริการในพื้นที่  3.มีคำสั่งแต่งตั้งผู้รับผิดชอบงานเป็นลายลักษณ์อักษร4.มีการดำเนินการออกตรวจแนะนำชี้แจง5.มีการรายงานผล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ผ่านเกณฑ์คุณภาพ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | รพ/สสอ. ทุกแห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจ/ประเมินคุณภาพ |
| **แหล่งข้อมูล** | รพ./รพสต. ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | - |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรการคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  055-705187-8 ต่อ187-8 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **เกณฑ์การประเมิน** | | | |
| **รอบ 3 เดือน** | **รอบ 6 เดือน** | **รอบ 9 เดือน** | **รอบ 12 เดือน** |
| 1. จัดทำแผน “พัฒนาศูนย์เด็กเล็กองค์รวม”  2. อำเภอดำเนินการคัดเลือกศูนย์  เด็กเล็กต้นแบบ อำเภอละ 1 แห่ง  3. การพัฒนาความรู้ทักษะ ครูพี่เลี้ยงเด็ก/ผู้บริหารศูนย์ฯ  4. พัฒนาศูนย์เด็กเล็กและจัดบริการให้ได้มาตรฐาน  5. ศูนย์เด็กเล็กจัดประสบการณ์ให้เด็กฝึกทักษะชีวิตตามวัย  6. จัดโรงเรียน พ่อแม่ ปู่ย่า ตายาย ในศูนย์เด็กเล็ก ทุกเดือน  7. ประชาสัมพันธ์ นมแม่ พัฒนาการเด็ก ภาวะโภชนาการ ฟัน วัคซีน อุบัติเหตุ ทุกเดือน  8. ประชุม MCH Board แก้ไขปัญหาเชิงระบบ  9. นิเทศ ติดตาม | 1. อำเภอคัดเลือกศูนย์เด็กเล็กส่งประกวดระดับจังหวัด จำนวน 2 ระดับ (เทศบาลและ อบต.)  2. ประกวดศูนย์เด็กเล็กคุณภาพระดับจังหวัด / ระดับเขต  3. ประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพและส่งผลให้จังหวัดฯ  4. ศูนย์เด็กเล็กจัดประสบการณ์ให้เด็กฝึกทักษะชีวิตตามวัย  5. คัดกรองประเมินพัฒนาการครั้งที่ 1  6. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ประมวล นำเสนอ  7. นิเทศ ติดตาม | 1. ศูนย์เด็กเล็กที่ชนะเลิศการประกวดระดับจังหวัด เข้ารับประทานโล่ศูนย์เด็กเล็กคุณภาพดีเด่น  2. ศูนย์อนามัยร่วมกับจังหวัด สุ่มประเมินศูนย์  เด็กเล็ก ทุกอำเภอ  3. ศูนย์เด็กเล็กจัดประสบการณ์ให้เด็กฝึกทักษะชีวิตตามวัย  4. ประชุม MCH board ติดตามงาน  6. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ประมวล นำเสนอ  7. นิเทศ ติดตาม | 1. ประเมินตนเองตามมาตรฐานศูนย์เด็กเล็กคุณภาพและส่งผลให้จังหวัด  2. ศูนย์เด็กเล็กจัดประสบการณ์ให้เด็กฝึกทักษะชีวิตตามวัย  3. คัดกรองประเมินพัฒนาการครั้งที่ 2  4. ประชุม MCH board ติดตามงาน  5. รวบรวมผลงานวิเคราะห์ประมวล นำเสนอ  6. สรุปผลงานและเตรียมข้อมูลวางแผนปีต่อไป  7. ตรวจประเมินรับรองมาตรฐานศูนย์เด็กเล็ก |
| **วิธีการประเมิน**   1. ดู ตรวจสอบ สอบถาม แผนการดำเนินงาน ว่าเชื่อมโยงกับแก้ไขปัญหา และทุกระดับมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนฯ 2. ตรวจสอบว่ามีแผนการนิเทศเฉพาะกิจ ติดตาม ช่วยเหลือศูนย์เด็ก การพัฒนาครูพี่เลี้ยง 3. ตรวจสอบระบบข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การประมวลและสรุปสถานการณ์ฯ 4. การเยี่ยมชมศูนย์เด็กเล็ก สังเกตการจัดกิจกรรมในศูนย์ฯ 5. รายงานการอบรมครูพี่เลี้ยงเด็ก ผู้บริหารศูนย์ฯ 6. รายงานการประชุม MCH Board | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **6. ร้อยละของโรงเรียนปลอดน้ำอัดลม ควบคุมน้ำหวานและขนมกรุบกรอบ** |
| **คำนิยาม** | โรงเรียนที่มีการจัดการศึกษาในระดับประถมศึกษา ทุกสังกัด (ทั้งภาครัฐและเอกชน) ไม่มีการจำหน่ายหรือจัดน้ำอัดลม/ขนมกรุบกรอบให้เด็ก มีการควบคุมการจำหน่ายขนมกรุบกรอบและเครื่องดื่มรสหวานโดยมีน้ำตาลไม่เกินร้อยละ5 ตามเกณฑ์โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 75 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงเรียนที่มีการจัดการศึกษาระดับประถมศึกษา (รวมโรงเรียนขยายโอกาส) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | วิธีรายงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงเรียนประถมศึกษา |
| **รายการข้อมูล 1** | A=จำนวนโรงเรียนประถมศึกษาปลอดน้ำอัดลม ควบคุมน้ำหวาน/ขนมกรุบกรอบ |
| **รายการข้อมูล 2** | B=จำนวนโรงเรียนที่มีการจัดการศึกษาระดับประถมศึกษาประถมศึกษาทุกสังกัด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด 1** | (A/B)x100 |
| **หน่วยงานจัดเก็บข้อมูล** | รพ.สต./ศสม. และโรงพยาบาลทุกแห่ง |
| **วิธีการรายงาน / ความถี่ในการรายงาน** | ติดตามด้วยระบบเฝ้าระวังทางทันตสุขภาพ (Survey) จากระบบรายงานบันทึกข้อมูลผ่าน Web side: Yimsodsai.com โดยกรมอนามัยทุก 1 ปี ภายในสิ้นเดือนกรกฎาคมของทุกปี (จังหวัดกำแพงเพชร สำรวจโดย CUP และ รพ.สต./ศสม.) |
| **หน่วยงานที่รับผิดชอบตัวชี้วัด** | สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนกลาง / ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์ / โทรสาร** | สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์  สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย |
| **หน่วยงานนำเข้าข้อมูลส่วนภูมิภาค / ชื่อผู้รับผิดชอบ โทรศัพท์ / โทรสาร** | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  นายทัศนัย พิลึก โทร 088-286-0445 E-mail: <[Dentkpp@gmail.com](mailto:Dentkpp@gmail.com)>  0-5570-5188 ต่อ 150 / 0-5570-5200 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **7. โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ระดับเพชร** |
| **คำนิยาม** | โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพผ่าเกณฑ์มาตรฐาน ระดับเพชร คือโรงเรียนดำเนินงานตามกระบวนการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพภายใต้ 10 องค์ประกอบและผ่านการประเมินรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทองแล้ว  ขั้นต่อไปเป็นการพัฒนาโรงเรียนสู่มาตรฐาน 3 ด้าน 19 ตัวชี้วัด ดังนี้  ตัวชี้วัดที่ 1 ผ่านการประเมินเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับทอง  ตัวชี้วัดที่ 2 มีการจัดตั้งชมรมเด็กไทยทำได้ ชมรมสุขภาพอื่นๆ ชุมนุมหรือแกนนำนักเรียนที่รวมตัวกันดำเนินกิจกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ  ตัวชี้วัดที่ 3 มีโครงงานสุขภาพของนักเรียนที่เป็นผลงานเด่นของโรงเรียนที่ประสบผลสำเร็จชัดเจนในการลดปัญหาสุขภาพหรือสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและ/หรือชุมชน  ตัวชี้วัดที่ 4 ภาวะโภชนาการ  4.1นักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง (W/H) เกินเกณฑ์  (เริ่มอ้วนและอ้วน)  4.2 นักเรียนมีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ(H/A) ต่ำกว่าเกณฑ์  (ค่อนข้างเตี้ยและเตี้ย)  ตัวชี้วัดที่ 5 นักเรียนไม่มีฟันแท้ผุและไม่มีฟันแท้ถูกถอน  ตัวชี้วัดที่ 6 นักเรียนมีสมรรถภาพทางกายที่สัมพันธ์กับสุขภาพผ่านเกณฑ์  ตัวชี้วัดทึ 7 นักเรียนมีสุขภาพจิตดี  ตัวชี้วัดที่ 8 โครงการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ความชุกสูงหรือเป็นอันตรายในเด็กวัยเรียนได้เป็นผลสำเร็จและต่อเนื่อง  ตัวชี้วัดที่ 9 น้ำดื่มสะอาดปลอดภัย  ตัวชี้วัดที่ 10 น้ำดื่มสะอาด  ตัวชี้วัดที่ 11 ส้วมผ่านเกณฑ์มาตรฐานHAS  ตัวชี้วัดที่ 12 ไม่จัดและจำหน่ายอาหารว่างหรือขนมที่มีไขมันสูงหรือรสเค็มจัด  ตัวชี้วัดที่ 13 ไม่จัดและจำหน่ายอาหารว่างและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน  ตัวชี้วัดที่ 14 มีการส่งเสริมให้นักเรียนทุกคนได้บริโภคผักมื้อกลางวันทุกวันเปิดเรียนตามปริมาณที่แนะนำ  ตัวชี้วัดที่ 15 โรงอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลอาหารในโรงเรียน  ตัวชี้วัดที่ 16 การบาดเจ็บในโรงเรียนจาทำให้นักเรียนต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมา  ตัวชี้วัดที่ 17 มีการจัดการแก้ไขเมื่อมีปัญหาที่เกิดจากภาวะมลพิษภายนอกที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ  ตัวชี้วัดที่ 18 โรงเรียนผ่านเกณฑ์มาตรฐานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียน  ตัวชี้วัดที่ 19 การสูบบุหรี่ในโรงเรียน  **เกณฑ์การประเมิน** แต่ละตัวชี้วัดจะมีเกณฑ์การประเมินเพื่อผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนด    **เกณฑ์การตัดสิน** การตัดสินเพื่อเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร นั้นโรงเรียนจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินครบทุกตัว(19 ตัวชี้วัด) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | อำเภอ ละ 1 โรงเรียน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ ระดับทอง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **แหล่งข้อมูล** | สำรวจและประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 1** | - |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ  นางสดศรี คงธนะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 081-7272387 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **8.ร้อยละของวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ**  **ระดับพื้นฐาน** |
| **คำนิยาม** | **วัดส่งเสริมสุขภาพ** คือ การสร้างวัดให้เป็นสถานที่เกื้อหนุนต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง พระภิกษุ สามเณรและพุทธศาสนิกชน ด้วยความเกื้อกูลของชุมชน โดยหลักการ “5 ร.”คือ **ร่มรื่น ร่มเย็น ร่วมสร้าง ร่วมจิตวิญญาณ**และ**ร่วมพัฒนา** เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยของคน ชุมชน และสังคม ครบถ้วนทั้ง 4 สุขภาวะ คือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณและครบครันของความเป็นท้องถิ่นน่าอยู่  **เกณฑ์มาตรฐาน** คือ คุณสมบัติหรือข้อกำหนด ความพร้อมด้วยสิ่งที่ดี ที่สังคมกำหนดไว้ คุณสมบัติหรือข้อกำหนดนี้สามารถปรับปรุง แก้ไขเปลี่ยนแปลงได้ ตามความเหมาะสมของเหตุผลของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามเวลา สถานที่ และความศรัทธาหรือความนิยม มีดังนี้ คือ สะอาด ร่มรื่น 42 ข้อ สงบ ร่มเย็น 12 ข้อ สุขภาพ ร่วมสร้าง 22 ข้อ ศิลปะ ร่วมจิตวิญญาณ 11 ข้อ ชาวประชา ร่วมพัฒนา 9 ข้อ รวม 96 ข้อ  **การประเมินผ่านเกณฑ์วัดส่งเสริมสุขภาพ**  ใช้แบบประเมินคุณสมบัติ(ข้อกำหนด) 5 ประการ ได้แก่ สะอาด ร่มรื่น 42 ข้อ สงบ ร่มเย็น 12 ข้อ  สุขภาพ ร่วมสร้าง 22 ข้อ ศิลปะ ร่วมจิตวิญญาณ 11 ข้อ ชาวประชา ร่วมพัฒนา 9 ข้อ รวม 96 ข้อ โดยมี   * **มาตรฐานระดับพื้นฐาน** 36 ข้อ (ข้อกำหนดขั้นต่ำหรือข้อกำหนดบังคับ ถ้ามี ครบทุกข้อ ถือว่า ผ่านเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ หากขาดข้อใดข้อหนึ่ง ถือว่า ไม่ผ่านเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ) * **มาตรฐานระดับก้าวหน้า** 30 ข้อ * **มาตรฐานระดับยั่งยืน** 30 ข้อ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 50 ในแต่ละอำเภอ (แยกเป็นรายอำเภอ) |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | วัดทุกแห่งในแต่ละอำเภอ จังหวัดกำแพงเพชร รวมจำนวน 497 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ใช้แบบประเมินคุณสมบัติ/รายงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ |
| **แหล่งข้อมูล** | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/โรงพยาบาลทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนวัดผ่านเกณฑ์มาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐาน |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนวัดทั้งหมดของอำเภอ |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ  นายศิลชัย ทุ่งโพธิ์ตระกูล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ  084-0359530 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **9.ร้อยละของตลาดประเภทที่ 1** |
| **คำนิยาม** | ตลาดประเภทที่ 1 หมายถึง ตลาดที่มีโครงสร้างอาคารและมีลักษณะตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551  ตลาดสดน่าซื้อ หมายถึง ตลาดประเภทที่ 1 ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์พัฒนายกระดับ 3 ด้าน ได้แก่  1 ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (Environmental Health)  2 ด้านความปลอดภัยอาหาร (Food Safety)  3 ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ตลาดประเภทที่ 1 ในจังหวัดกำแพงเพชร |
| **วิธีจัดเก็บข้อมูล** | รายงานทาง E-mail |
| **แหล่งข้อมูล** | จากการสำรวจ /ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนตลาดประเภทที่ 1 ที่ได้มาตรฐานตลาดสดน่าซื้อในปี 2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนตลาดประเภทที่ 1 ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ระยะเวลาการประเมินผล** | ทุก 6 เดือน (มีนาคม 2557 , กันยายน 2557) |
| **ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1.นางสาววรีรัตน์ สุนทรสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-6880693  2.นายสุรพล เปรมัษเฐียร โทรศัพท์มือถือ : 085-0527125 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **10.ร้อยละของตลาดประเภทที่ 2** |
| **คำนิยาม** | ตลาดประเภทที่ 2 หมายถึง ตลาดที่ไม่มีโครงสร้างอาคารและมีลักษณะตามที่กำหนดไว้ในกฎกระทรวงว่าด้วยสุขลักษณะของตลาด พ.ศ. 2551  ตลาดนัดน่าซื้อ หมายถึง ตลาดประเภทที่ 2 ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์พัฒนายกระดับ 3 ด้าน ได้แก่  1. ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม (Environmental Health)  2. ด้านความปลอดภัยอาหาร(Food Safety)  3. ด้านการคุ้มครองผู้บริโภค (Consumer Protection)  เกณฑ์การให้คะแนน  5 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม 18 ข้อ + ด้านความปลอดภัยอาหารและด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทุกข้อ  4 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม 16 ข้อ + ด้านความปลอดภัยอาหารและด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทุกข้อ  3 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม 14 ข้อ + ด้านความปลอดภัยอาหารและด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทุกข้อ  2 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม 12 ข้อ + ด้านความปลอดภัยอาหารและด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทุกข้อ  1 คะแนน = ผ่านเกณฑ์ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมน้อยกว่า 12 ข้อ + ด้านความปลอดภัยอาหารและด้านการคุ้มครองผู้บริโภคทุกข้อ |
|  |  |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | อำเภอละ 1 แห่ง |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ตลาดประเภทที่ 2 (ตลาดนัด) ในจังหวัดกำแพงเพชร |
| **วิธีจัดเก็บข้อมูล** | รายงานทาง E-mail |
| **แหล่งข้อมูล** | จากการสำรวจ /ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนตลาดประเภทที่ 2 (ตลาดนัด) ที่ได้มาตรฐานผ่านเกณฑ์ตลาดนัดน่าซื้อ  ในปี 2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนตลาดประเภทที่ 2 (ตลาดนัด) ทั้งหมดในช่วงเวลาเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) X 100 |
| **ระยะเวลาการประเมินผล** | ทุก 6 เดือน (มีนาคม 2557 , กันยายน 2557) |
| **ข้อมูลทางวิชาการ/ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1.นางสาววรีรัตน์ สุนทรสุข โทรศัพท์มือถือ : 081-6880693  2.นายสุรพล เปรมัษเฐียร โทรศัพท์มือถือ : 085-0527125  Email: envi.kp@hotmail.com |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **11.ร้อยละของ Clean Food Good Taste** |
| **คำนิยาม** | **ร้านอาหาร** หมายถึง อาคารที่จัดไว้เพื่อประกอบอาหาร หรือปรุงอาหารจนสำเร็จ และจำหน่ายให้ผู้ซื้อสามารถบริโภคได้ทันที ซึ่งครอบคลุมถึงภัตตาคาร สวนอาหาร ห้องอาหารในโรงแรม และศูนย์อาหาร**แผงลอยจำหน่ายอาหาร** หมายถึงแคร่ แท่น โต๊ะ รถเข็น หรือพาหนะอื่นใด ที่ขายอาหาร เครื่องดื่ม โดยตั้งประจำที่  **ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหารได้มาตรฐานอาหารสะอาดรสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)**  หมายถึง ร้านอาหาร/แผงลอยจำหน่ายอาหาร **ผ่านเกณฑ์ทางด้านกายภาพ** (ร้านอาหาร มีเกณฑ์ 15 ข้อ , แผงลอยจำหน่ายอาหาร มีเกณฑ์ 12 ข้อ) และ **ผ่านเกณฑ์ทางด้านแบคทีเรีย** โดยใช้ชุดตรวจโคลิฟอร์มแบคทีเรียอย่างง่าย(SI-2)  และต้องไม่พบการปนเปื้อนร้อยละ 90 ขึ้นไปของตัวอย่างที่เก็บ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ร้านอาหาร และแผงลอยจำหน่ายอาหารในเขตจังหวัดกำแพงเพชร |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานทาง E – mail |
| **แหล่งข้อมูล** | จากการสำรวจ /ประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารที่ผ่านเกณฑ์อาหารสะอาด รสชาติอร่อย (Clean Food Good Taste)ในปี 2557 |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนร้านอาหารและแผงลอยจำหน่ายอาหารทั้งหมดในปีเดียวกัน |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A / B) x 100 |
| **ระยะเวลาการประเมินผล** | ทุก 6 เดือน (มีนาคม 2557 , กันยายน 2557) |
| **ข้อมูลทางวิชาการ/**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | 1. นายกิตติ แก้วบุตร โทรศัพท์มือถือ : 089 – 7022592  2. นางสาววรีรัตน์ สุนทรสุข โทรศัพท์มือถือ081– 6880693 |

**7.ความรอบรู้ด้านสุขภาพ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | คุณภาพและร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยง(pre-DM/pre-HT)ที่มีการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส และลดเสี่ยง | S2 | รอบที่ 1 ประเมิน/ | สุขศึกษา |
| รอบ 2 ตามเกณฑ์ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ตัวชี้วัดที่** | **1. ร้อยละของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูงที่มีการปรับพฤติกรรม 3 อ 2 สและลดเสี่ยง** | | | | | |
| **นิยาม** | **พฤติกรรม 3 อ 2 ส** หมายถึง พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียดทางอารมณ์ การดื่มสุรา การสูบบุหรี่  **การปรับพฤติกรรม 3 อ 2 ส และลดเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด**  **เชิงปริมาณ**หมายถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้เข้าร่วมกระบวนการปรับพฤติกรรม 3อ2ส และลดเสี่ยงอย่างน้อย 4 ใน 5 กิจกรรม  **กระบวนการปรับพฤติกรรม ฯ** ประกอบด้วย กิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ(ความฉลาดด้านสุขภาพ) กิจกรรมการเรียนรู้ และการจัดปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง จัดให้แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยมีกิจกรรมสำคัญดังนี้  1. ประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ( HBSS ) เพื่อค้นหาพฤติกรรมเสี่ยงด้วยตนเอง  2. กิจกรรมการถ่ายทอดความรู้ และแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม3 อ 2 ส และลดเสี่ยงในรูปแบบหลากหลาย เช่น การให้ความรู้ผ่านสื่อ จัดนิทรรศการหรือบอร์ดความรู้ เสวนาความรู้ กิจกรรมสาธิตให้ความรู้และโปรแกรมคลายเครียด โปรแกรมการออกกำลังกาย โปรแกรมการเลิกบุหรี่สุรา เป็นต้น  3.การรณรงค์และสื่อสารความรู้สุขภาพในชุมชนอย่างน้อยปีละ1 ครั้ง  4.จัดปัจจัยเอื้อต่อการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ความฉลาดทางสุขภาพ)และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเช่น ศูนย์การเรียนรู้สุขภาพในชุมชน หอกระจายข่าวสารด้านสุขภาพ คลินิกให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลานออกกำลังกาย การปลูกผักปลอดสารพิษไว้บริโภคในครัวเรือน จัดแหล่งจำหน่ายผักปลอดสารพิษในชุมชน  5.กำหนดและบังคับใช้มาตรการทางสังคมหรือข้อตกลงร่วมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ3 อ 2 ส และลดเสี่ยง  **เชิงคุณภาพ**หมายถึงประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง (เป้าหมาย 35 คน/สถานบริการสาธารณสุข) ได้เข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม  3 อ 2 ส อย่างน้อย 6 สัปดาห์  **กิจกรรมประกอบด้วย**  1. คัดเลือกกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 35 คน / สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง  ( จำนวน 139 แห่ง มีกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จำนวนทั้งสิ้น 4,865 คน)  2. จัดกลุ่มเสี่ยงสูงโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง  ตาม Stage of change  3. กลุ่มเสี่ยง ประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2ส **ก่อน**การเข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม6 สัปดาห์  4. กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 สัปดาห์ครั้งที่1  5. กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 สัปดาห์ครั้งที่2  6. กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 สัปดาห์ครั้งที่3  7. กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 สัปดาห์ครั้งที่4  8. กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 สัปดาห์ครั้งที่5  9. กลุ่มเสี่ยงเข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 สัปดาห์ครั้งที่6  10.กลุ่มเสี่ยง ประเมิน พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ 2ส **หลัง** การเข้ารับกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม6 สัปดาห์ | | | | | |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | **เชิงปริมาณ**  กลุ่มเสี่ยง ได้เข้าร่วมกระบวนการปรับพฤติกรรม 3อ2ส และลดเสี่ยงอย่างน้อย 4 ใน 5 กิจกรรมร้อยละ 50  **เชิงคุณภาพ**  **1.**กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย6 สัปดาห์และมีพฤติกรรมสุขภาพ3 อ 2 ส  ถูกต้อง ร้อยละ 70  **2.** กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง มีระดับน้ำตาลในเลือด/มีระดับความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ ปกติร้อยละ 50 | | | | | |
| **เกณฑ์การให้คะแนนรอบที่1** | ระดับคะแนน | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ผลการดำเนินงาน | ขั้นตอน1 | ขั้นตอน  1-2 | ขั้นตอน  1-3 | *ขั้นตอน*  1-4 | ขั้นตอน  1-5 |
| **รอบที่2** | ผลการดำเนินงาน | ≤35 | 35-49 | 50-64 | 65-79 | ≥80 |
| **เป้าหมาย** | ประชาชนกลุ่ม≤เสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง หมายถึงประชาชนอายุ15ปีขึ้นไปที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง จากกระบวนการคัดกรองเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง  ตามระบบของกระทรวงสาธารณสุข | | | | | |
| **สูตรการคำนวณ** | 1. **เชิงปริมาณ**   **( A / B ) x 100**  **A =** หมายถึงจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ 2ส และลดเสี่ยงได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด  **B =** หมายถึงจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่ผ่านการคัดกรองตามระบบของกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด   1. **เชิงคุณภาพ**   **( A / B ) x 100**  **A =** หมายถึงจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 6 สัปดาห์มีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้องและมีระดับน้ำตาลในเลือด/มีระดับความดันโลหิต อยู่ในเกณฑ์ ปกติ  **B =** หมายถึงจำนวนประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน/ความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างน้อย 6 สัปดาห์ | | | | | |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/ศูนย์สุขภาพชุมชน | | | | | |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ระบบรายงาน | | | | | |
| **กลุ่มงานที่รับผิดชอบ** | งานสารสนเทศและสุขศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | | | | | |
| **ผู้รับผิดชอบ** | นางสาวกำไลทิพย์ ระน้อย โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-6803375  [Kamlairanoy@hotmail.com](mailto:Kamlairanoy@hotmail.com)  นางมยุรี พรมเกตุ โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089-6402998  Yuree32@hotmail.com | | | | | |

**8.ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | **แหล่ง ข้อมูล** | | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 1 | ต้นทุนค่ายาและค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ เฉลี่ยลดลง | S1 | รง. | | คบส |
| 104.1ต้นทุนค่าเวชภัณฑ์ฯของหน่วยงาน |
| 104.2 มูลค่าการจัดซื้อร่วมของยาและเวชภัณฑ์ |
| 2 | ร้อยละของรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน สามารถลงนามในสัญญา จ้างได้ในไตรมาสที่ 1 | S1 | e-GP/GMIS | | บริหาร |
| 3 | ร้อยละของการเบิกจ่ายงบงบประมาณปีงบประมาณพ.ศ. 2557 แบ่งรายไตรมาสที่ 2 | S1 | e-GP/GMIS | | บริหาร |
| 4 | ร้อยละของรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบค่าเสื่อมxu2557 สามารถลงนามในสัญญา จ้างได้ในไตรมาสที่ 2(ไตรมาสที่ 2ร้อยละ25 ไตรมาส4ร้อยละ50) | S1 | รง/GMIS | | บริหาร |
| 5 | ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 แบ่งรายไตรมาส(ไตรมาสที่ 2ร้อยละ25 ไตรมาส4ร้อยละ50) | S1 | รง/GMIS | | บริหาร |
| 6 | ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมและงบส่งเสริมและป้องกันโรคในปีงบประมาณ พ.ศ. 2556 (ไตรมาสที่ 2ร้อยละ50 ไตรมาศ4 ร้อยละ80) | S1 | รง/GMIS | | บริหาร |
| 7 | การจัดซื้อจัดจ้างตามระบบ E-GP | S1 | e-GP | | บริหาร |
| 8 | มีการบริหารระบบข้อมูลของหน่วยบริการเชื่อมโยงกับศูนย์ข้อมูลด้านสุขภาพระดับชาติ(National Health Information Center) | S1 | MIS | | ICT |
| 8.1 หน่วยงานทุกระดับมีระบบข้อมูลสุขภาพสำหรับการบริหารจัดการ |
| 8.2 มีข้อมูลที่มีคุณภาพเชื่อถือได้ |
| 9 | มีแผนกำลังคนและการดำเนินตามแผน | S1 | ประเมิน | | ทรัพย์ |
| 10 | พฤติกรรมการปฎิบัติราชการตามองค์ประกอบ 5 สมรรถนะหลัก ดังนี้ 1.การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2.การบริการที่ดี 3.การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4.การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม 5การทำงานเป็นทีม | S1 | ประเมิน | | ทรัพย์ |
| **8.ประสิทธิภาพการบริหารจัดการ (ต่อ)** | | | | | |
| **ลำดับ** | **ตัวชี้วัด** | **ยุทธศาสตร์(S1-S3)** | | **แหล่ง ข้อมูล** | **ผู้รับผิดชอบ** |
| 11 | ด้านการเงิน มีการจัดทำแผนและมีการดำเนินงานตามแผนของเขตสุขภาพ/จังหวัด การบริหารงบประมาณ การลงทุนร่วมกัน การบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกันของจังหวัด | S1 | | ประเมิน | บริหาร/ยุทธ์/ประกัน/คบส |
| 11.1 แผนการบริหารงบประมาณ |
| 11.2 แผนการลงทุน |
| 11.3 แผนการบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกัน |
| 12 | ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมให้หน่วยบริการในพื้นที่ที่มีปัญหาระดับ 7 | S1 | | ประเมิน | ประกัน |
| 13 | หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการเดียวกันร้อยละ 20 | S1 | | ประเมิน | ประกัน/ยุทธ์ |
| 4 | ร้อยละของเครือข่ายบริการที่มีดัชนีการเงิน FAI | S1 | | ประเมิน | ประกัน/นิติการ/การเงิน |
| 68.1 การพัฒนาระบบควบคุมภายใน |
| 68.2 การพัฒนาคุณภาพบัญชีเกณฑ์คงค้างให้มีคุณภาพ **AB20** |
| 68.3 ประสิทธิภาพบริหารการเงินการคลัง |
| 68.4 การพัฒนาจัดทำต้นทุนบริการ |
| 15 | การพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Data Center)เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอทุกแห่ง (CUP) มีการพัฒนาระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ของสถานบริการในเครือข่าย ใน 5 ขั้นตอน ตามเกณฑ์ที่กำหนด | S1 | | ประเมิน | ICT |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **1 ต้นทุนค่ายาและค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์เฉลี่ยลดลง** |
| **คำนิยาม** | รัฐบาลมีนโยบายให้มีการประหยัดงบประมาณด้านยาของประเทศเนื่องจากค่าใช้จ่ายด้านยาโดยเฉพาะในการบริการผู้ป่วยนอกของสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการมีแนวโน้มสูงขึ้น และกระทรวงการคลังก็ได้มีการกำหนดมาตรการในการลดค่าใช้จ่ายด้านยาของยาในกลุ่มเป้าหมาย 9 กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง ในส่วนของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายชัดเจนที่จะลดค่าใช้จ่ายด้านยาและวัสดุวิทยาศาสตร์ลง โดยการพัฒนาประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ เพื่อลดต้นทุนค่ายาและลดการสำรองยาเพื่อที่โรงพยาบาลต่าง ๆ จะได้มีสภาพคล่องและมีเงินหมุนเวียนเพื่อมาใช้ในการบริหารและพัฒนาโรงพยาบาลมากขึ้น  **ค่ายา** หมายถึง มูลค่าต้นทุนค่ายาที่มีการจัดซื้อ  **ค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์** หมายถึง มูลค่าต้นทุนค่าวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่มีการจัดซื้อ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | เฉลี่ยลดลง ร้อยละ 10 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลชุมชน/สสอ |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานการสั่งซื้อยา/การสั่งสื่อวัสดุทางการแพทย์เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2555 และ 2556 |
| **แหล่งข้อมูล** | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข/รพ.ทุกแห่ง |
| **รายการข้อมูล 1** | A1 = ต้นทุนการจัดซื้อยาปี 5**6**  A2 = ต้นทุนการจัดซื้อยาปี 5**7** |
| **รายการข้อมูล 2** | B1 = ต้นทุนการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ปี 56  B2 = ต้นทุนการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ปี 57 |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | ต้นทุนการจัดซื้อยาลดลง = (A1-A2)/A1 X 100  ต้นทุนการจัดซื้อวัสดุวิทยาศาสตร์การแพทย์ลดลง = (B1-B2)/B1 X 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข  055-705187-8 ต่อ187-8 |

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัดบริหารจัดการ | 2. ร้อยละของรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาสที่ 1 (ร้อยละ 100) |
| คำนิยาม | การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน รายการ ครุภัณฑ์/ รายการสิ่งก่อสร้างของสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ตามงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 (รายการใหม่) ทุกรายการ ให้ปฏิบัติตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ พ.ศ. 2549 ประกาศ ปปช. เรื่อง ราคากลางและการปฏิบัติงานในระบบจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐ e-GP รวมทั้งลงนามในสัญญาและผูกพันจัดซื้อจัดจ้าง (PO) ในระบบ GFMIS แล้วเสร็จภายในไตรมาส 1 (ตามหนังสือสำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ด่วนที่สุด ที่ นร 0506/ว157 ลงวันที่ 4 กันยายน 2556 เรื่อง มติคณะกรรมการติดตามเร่งรัดการใช้จ่ายเงินภาครัฐครั้งที่ 7/2556 ซึ่งมติคณะรัฐมนตรีรับทราบเมื่อวันที่ 3 กันยายน 2556 ตามที่มติคณะกรรมการติดตามเร่งรัดฯ เสนอให้ส่วนราชการและหน่วยงานดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างและก่อหนี้ผูกพันรายจ่ายลงทุนที่ต้องก่อหนี้ผูกพัน หรือเป็นรายการผูกพันให้แล้วเสร็จภายวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2557 พร้อมทั้งลงข้อมูลในระบบ GFMIS ทันที) |
| เกณฑ์เป้าหมาย | เท่ากับ 100 % |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | รายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างในระบบ e-GP รายงานการเบิกจ่ายจากระบบ GFMIS และรายงานผลการจัดซื้อจัดจ้างจากหน่วยงานที่ได้รับสรรงบลงทุนในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| แหล่งข้อมูล | กลุ่มงานบริหารทั่วไป/งานพัสดุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบลงทุน สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาส ที่ 1 ประกอบด้วย  1. รายการครุภัณฑ์ จำนวน .......... รายการ  2. รายการสิ่งก่อสร้างใหม่ จำนวน........... รายการ |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนรายการงบลงทุน ที่ได้รับจัดสรรทั้งหมดของแต่ละหน่วยงาน |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ระยะเวลาการประเมินผล | ทุก 1 เดือน โดยคณะกรรมการติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณฯ ติดตามในที่ประชุม คปสจ. |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | กลุ่มงานบริหารทั่วไป  นายวิเชียร กาศสมบูรณ์ งานพัสดุ 081-8888354 |

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัดบริหารจัดการ | 3. ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณภาพรวมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 |
| คำนิยาม | ร้อยละของงบรายจ่ายที่ได้รับจัดสรรและโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณรายจ่าย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สามารถเบิกจ่ายได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 22 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 22  ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 24 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 46  ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 24 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 70  ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่ายได้ร้อยละ 25 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 95 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยเบิกจ่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | รายงานสถานการณ์เบิกจ่ายจากระบบ GFMIS |
| แหล่งข้อมูล | จากระบบ GFMIS |
| รายการข้อมูล 1 | A = วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้เบิกจ่าย |
| รายการข้อมูล 2 | B = วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่หน่วยงานได้รับ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ระยะเวลาการประเมินผล | ทุก 1 เดือน โดยคณะกรรมการติดตามเร่งรัดการเบิกจ่ายงบประมาณฯ ติดตามในที่ประชุม คปสจ. |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | นางสาวทัศนีย์ พันปี โทรศัพท์มือถือ : 081-9736982  E-mail : tssanee\_ood@hotmail.com  นางมยุรี กุรินทร์ โทรศัพท์มือถือ : 088-2721619  งานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป  สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัดบริหารจัดการ | 4. ร้อยละของรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบค่าเสื่อม สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาสที่ 2 (ร้อยละ 50) |
| คำนิยาม | การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง งบค่าเสื่อม รายการ ครุภัณฑ์/รายการสิ่งก่อสร้างงบค่าเสื่อมในปีงบประมาณ 2557 |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ร้อยละ 50  ไตรมาสที่ 1 ลงนามได้ร้อยละ 15  ไตรมาสที่ 2 ลงนามได้ร้อยละ 25  ไตรมาสที่ 3 ลงนามได้ร้อยละ 35  ไตรมาสที่ 4 ลงนามได้ร้อยละ 50 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยเบิกจ่ายในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | รายงานผลการจัดซื้อ จัดจ้าง จากหน่วยงานที่ได้รับการจัดสรรงบประมาณในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| แหล่งข้อมูล | จากการสำรวจ/โปรแกรม/ MIS |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนรายการจัดซื้อจัดจ้าง งบค่าเสื่อม สามารถลงนามในสัญญาจ้างได้ในไตรมาส ที่ 2 ประกอบด้วย  1. รายการครุภัณฑ์ จำนวน .......... รายการ  2. รายการสิ่งก่อสร้างใหม่ จำนวน........... รายการ |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนรายการงบค่าเสื่อม ที่ได้รับจัดสรรทั้งหมดของแต่ละหน่วยงาน |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | กลุ่มงานบริหารทั่วไป  นายวิเชียร กาศสมบูรณ์ งานพัสดุ 081-8888354 |

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัดบริหารจัดการ | 5. ร้อยละของการเบิกจ่ายงบค่าเสื่อมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 |
| คำนิยาม | ร้อยละของงบค่าเสื่อมที่ได้รับจัดสรรและโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สามารถเบิกจ่ายได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50  ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 15  ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 25  ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 35  ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 50 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | รายงานสถานการณ์เบิกจ่ายจากงบค่าเสื่อม และรายงานผลการจัดซื้อ จัดจ้างและแผนการใช้เงินจากหน่วยงานที่ได้รับการจัดสรรแจ้งให้เจ้าของเงินงบประมาณ |
| แหล่งข้อมูล | สำรวจ/โปรแกรม/ MIS |
| รายการข้อมูล 1 | A = วงเงินงบค่าเสื่อมที่ได้รับการจัดสรรและที่โอนเปลี่ยนแปลงที่ได้เบิกจ่าย |
| รายการข้อมูล 2 | B = วงเงินงบค่าเสื่อมที่ได้รับการจัดสรรและที่โอนเปลี่ยนแปลง |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | นางสาวทัศนีย์ พันปี งานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป  นางสาวหทัยรัตน์ สุนทรสุข กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์ |

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัดบริหารจัดการ | 6. ร้อยละการเบิกจ่ายงบประมาณภาพรวมในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 (งบค่าเสื่อมและงบส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค) |
| คำนิยาม | ร้อยละการเบิกจ่ายที่ได้รับจัดสรรและโอนเปลี่ยนแปลงงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 สามารถเบิกจ่ายได้ภายในระยะเวลาที่กำหนด |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ไม่น้อยกว่าร้อยละ 95  ไตรมาสที่ 1 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 22  ไตรมาสที่ 2 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 46  ไตรมาสที่ 3 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 70  ไตรมาสที่ 4 เบิกจ่ายสะสมได้ร้อยละ 95 |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยเบิกจ่ายในโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | สำรวจ/ โปรแกรม/ MIS |
| แหล่งข้อมูล | หน่วยเบิกจ่ายในโรงพยาบาล/สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง |
| รายการข้อมูล 1 | A = วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่ส่วนราชการได้เบิกจ่าย |
| รายการข้อมูล 2 | B = วงเงินงบประมาณรายจ่ายภาพรวมที่ส่วนราชการได้รับ |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | นางสาวทัศนีย์ พันปี งานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป  นางมยุรี กุรินทร์ งานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป  นางสาวหทัยรัตน์ สุนทรสุข กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์/กลุ่มงานประกันสุขภาพ |

|  |  |
| --- | --- |
| ตัวชี้วัด | 7. การจัดซื้อ จัดจ้าง ตามระบบ e-GP |
| คำนิยาม | การจัดซื้อ จัดจ้าง วงเงินตั้งแต่ 5,000 บาท ขึ้นไป หน่วยงานภาครัฐ จะต้องปฏิบัติตามกรมบัญชีกลางกระทรวงสาธารณสุข ที่ได้นำระบบจัดซื้อจัดจ้างด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) ระยะที่ 2 ซึ่งประกาศใช้ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2555 เป็นต้นมา ไม่ว่าจะเป็นแหล่งเงินงบประมาณในระบบ GFMIS เงินนอกงบประมาณ หรือเงินบำรุงและเงินอื่นๆ โดยหน่วยงานภาครัฐจะต้องดำเนินการลงทะเบียนการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (e-GP) ระยะที่ 2 และมีขั้นตอนดังนี้  1. วิธีตกลงราคา ขั้นตอนดำเนินการ 8 ขั้นตอน (8 ลูกบอล)  2. วิธีสอบราคา ขั้นตอนดำเนินการ 14 ขั้นตอน (14 ลูกบอล)  3. วิธีประกวดราคา (e-Aution) ขั้นตอนดำเนินการ 21 ขั้นตอน (21 ลูกบอล) |
| เกณฑ์เป้าหมาย | ร้อยละ 100 ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร สามารถลงทะเบียนการจัดซื้อจัดจ้างภาครัฐด้วยวิธีการทางอิเล็กทอรนิกส์ (e-GP) ระยะที่ 2 ครบทุกหน่วยงาน |
| ประชากรกลุ่มเป้าหมาย | หน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร (รพ.สต./สสอ./รพ.) |
| วิธีการจัดเก็บข้อมูล | จากระบบ e-GP/ MIS |
| แหล่งข้อมูล | หน่วยงานที่จัดซื้อ จัดจ้าง ทั้งเงินงบประมาณ/นอกงบประมาณ |
| รายการข้อมูล 1 | A = จำนวนหน่วยงานในสังกัดที่จัดทำระบบ e-GP |
| รายการข้อมูล 2 | B = จำนวนหน่วยงานทั้งอำเภอ (ที่รับผิดชอบ) |
| สูตรคำนวณตัวชี้วัด | (A/B) X 100 |
| ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/  ผู้ประสานงานตัวชี้วัด | กลุ่มงานบริหารทั่วไป  นายวิเชียร กาศสมบูรณ์ งานพัสดุ 081-8888354 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **8. มีระบบข้อมูลสำหรับการบริหารจัดการในทุกระดับ**  **8.1 หน่วยงานทุกระดับมีระบบข้อมูลสุขภาพสำหรับการบริหารจัดการ** |
| **คำนิยาม** | ระบบข้อมูลสาหรับการบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองให้การ พัฒนาระบบสุขภาพของจังหวัดให้มีศักยภาพในการบริหารจัดการสุขภาพประชาชนในจังหวัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องมีข้อมูลที่มีคุณภาพ ถูกต้องเชื่อถือได้ ครบถ้วน ทันเวลา สามารถเชื่อมโยงข้อมูลเพื่อดูภาระงานของผู้ให้บริการ (Provider) กับการให้บริการประชาชน โดยกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ ให้จังหวัดเป็นคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Data Center) |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | **คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ** (Data Center)/43 แฟ้ม/21 แฟ้ม  1. หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูล 21 แฟ้ม/43 แฟ้ม ครบถ้วน ทันเวลาไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  2. หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูล 21 แฟ้ม/43 แฟ้ม ครบถ้วน ทันเวลา  ร้อยละ 81 - 90  3. หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูล 21 แฟ้ม/43 แฟ้ม ครบถ้วน ทันเวลา  ร้อยละ 91 - 95  4. หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูล 21 แฟ้ม/43 แฟ้ม ครบถ้วน ทันเวลามากกว่าร้อยละ 95  5. หน่วยบริการทุกแห่งส่งข้อมูล 21 แฟ้ม/43 แฟ้ม ครบถ้วน ทันเวลา  ร้อยละ100 และ Sync ข้อมูลเข้า Data Center ทุกวันถ้าหยุด Sync ต้องแก้ไขให้ Sync ข้อมูลได้ภายใน 5 วัน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หน่วยบริการทุกแห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม, Data Center |
| **แหล่งข้อมูล** | หน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัดกำแพงเพชร,Data Center ที่ สสจ. |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหน่วยบริการที่ ส่งข้อมูล 21/43 แฟ้ม, Sync ข้อมูลเข้าระบบ  Data Center |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
|  | 8.2 มีข้อมูลที่มีคุณภาพที่เชื่อถือได้ |
| **คำนิยาม** | ข้อมูลที่มีคุณภาพ มีกระบวนการติดตาม การตรวจสอบความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ สอดคล้องกับหลักวิชาการ ความครบถ้วนการบันทึกข้อมูล คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ข้อมูลขาเข้า ข้อมูลขาออก ระบบการกากับติดตามเครื่องมือ หมายถึง โปรแกรมที่จังหวัดใช้บริหารจัดการข้อมูลการแพทย์และสุขภาพระดับจังหวัด ที่มีความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน และรายงานผลได้อย่างรวดเร็ว อำนวยความสะดวก ในการ  - ติดตามผลการดาเนินงานของหน่วยบริการ - ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและช่วยเหลือหน่วยบริการ  - วิเคราะห์ข้อมูลทางการแพทย์และสุขภาพภายในจังหวัด  - คุณภาพของเครื่องมือ สามารถวัดความถูกต้องเชื่อถือได้ของเครื่องมือ ประเด็นตัวชี้วัดน่าจะมุ่งเน้นไปที่  - ข้อมูลที่บันทึก จัดเก็บและส่งออกได้ครบถ้วนหรือไม่  - การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการสุ่มข้อมูล เพื่อดูความถูกต้อง ความเชื่อถือได้ ความสอดคล้องของข้อมูลหรือความสัมพันธ์กันภายในและภายนอกของข้อมูล |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | คลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Data Center)/43 แฟ้ม/21 แฟ้ม  1. ผลการตรวจสอบข้อมูล 21 แฟ้ม มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาไม่น้อยกว่าร้อยละ 80  2. ผลการตรวจสอบข้อมูล 21 แฟ้ม มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาร้อยละ 81 - 85  3. ผลการตรวจสอบข้อมูล 21 แฟ้ม มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาร้อยละ 86 - 90  4. ผลการตรวจสอบข้อมูล 21 แฟ้ม มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลาร้อยละ 91 - 95  5. ผลการตรวจสอบข้อมูล 21 แฟ้ม มีความถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา มากกว่าร้อยละ 95 และผลการตรวจสอบข้อมูล 43 แฟ้มผ่านเกณฑ์ตามที่ สนย.กำหนด |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หน่วยบริการทุกแห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ฐานข้อมูล 21/43 แฟ้ม, Data Center |
| **แหล่งข้อมูล** | หน่วยบริการทุกแห่งในจังหวัดกำแพงเพชร,Data Center สสจ.,สปสช.,สนย.สธ |
| **รายการข้อมูล 1** | A = จำนวนหน่วยบริการที่ มีผลการตรวจสอบข้อมูลส่งข้อมูล 21/43 แฟ้ม ตามเกณฑ์ที่กำหนด |
| **รายการข้อมูล 2** | B = จำนวนหน่วยบริการทั้งหมด |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | (A/B) x 100 |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร นายกฤษณะ โมราสุขและคณะ 055-705187-8 ต่อ 125 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **9.มีแผนกำลังคนและดำเนินการตามแผน** |
| **คำนิยาม** | **หน่วยงานมีการจัดทำแผนกำลังคน จัดทำเป็นกรอบอัตรากำลัง เพื่อการบริหารจัดการและกระจายกำลังคน** |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | มีการจัดทำแผนกำลังคน กรอบอัตรากำลังและดำเนินการตามแผน |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | หน่วยงานในสังกัด สสจ.กำแพงเพชร |
|  |  |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | รายงานผลการดำเนินงาน |
| **แหล่งข้อมูล** | หน่วยงานในสังกัด สสจ.กำแพงเพชร |
| **รายการข้อมูล 1** | - |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นายสัมพันธ์ อภัยราช กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล 055-705187-8  ต่อ 109 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **10 พฤติกรรมการปฎิบัติราชการตามองค์ประกอบ** |
| **คำนิยาม** | **พฤติกรรมการปฎิบัติราชการตามองค์ประกอบ 5 สมรรถนะหลัก** ดังนี้ 1.การมุ่งผลสัมฤทธิ์ 2.การบริการที่ดี 3.การสั่งสมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ 4.การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม 5การทำงานเป็นทีม |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ร้อยละ 80 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | ข้าราชการใน สสจ รพช/สสอ ทุกคน |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | การประเมินสมรรถนะตามแบบประเมินผลการปฏิบัติราชการ |
| **แหล่งข้อมูล** | รายงานผลการประเมินสมรรถนะข้าราชการของหน่วยงาน |
| **รายการข้อมูล 1** | - |
| **รายการข้อมูล 2** | - |
| **สูตรคำนวณตัวชี้วัด** | - |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ / ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นายสัมพันธ์ อภัยราช กลุ่มงานทรัพยากรบุคคล 055-705187-8  ต่อ 109 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **11. ด้านการเงิน มีการจัดทำแผนและมีการดำเนินการตามแผนของเขตสุขภาพ/จังหวัด การบริหารงบประมาณ การลงทุนร่วมกัน การบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกัน**  **11.1 มีการจัดทำแผนและมีการดำเนินการตามแผนการบริหารงบประมาณร่วมของเขตสุขภาพ/จังหวัด** |
| **คำนิยาม** | 1. การจัดทำแผนการบริหารงบประมาณร่วมระดับเขตและจังหวัด หมายถึง การจัดทำแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายเงินงบประมาณและเงินนอกงบประมาณที่คาดการณ์ล่วงหน้าของปีงบประมาณ พ.ศ.2557 ของหน่วยบริการสำหรับการกำกับติดตามงานและควบคุมค่าใช้จ่ายในแต่ละไตรมาส ตามแบบประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่าย ปีงบประมาณ 2557 (แบบ1) ที่เผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ <http://planfin.cfo.in.th> โดยการมีส่วนร่วมตรวจสอบรับรองแผน และปรับเกลี่ยงบประมาณจากรายได้แหล่งต่างๆ จากจังหวัดและเขตบริการสุขภาพที่สังกัด  2. การดำเนินงานตามแผนการบริหารงบประมาณร่วมระดับเขตและจังหวัด หมายถึง การดำเนินงานและบริหารงานตามแผนประมาณการรายได้-ควบคุมค่าใช้จ่ายที่กำหนดไว้ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1. หน่วยบริการในเขตและจังหวัดมีแผนบริหารงบประมาณร่วม ร้อยละ 100  2. เครือข่ายบริการในระดับเขต และจังหวัดมีค่าใช้จ่ายลดลงในภาพรวม ร้อยละ 10 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง |
| **ตัวชี้วัดการเงินการคลัง** | **11.2 แผนการลงทุนร่วม** |
| **คำนิยาม** | **แผนลงทุนร่วมหมายถึง** แผนการลงทุนร่วม หมายถึง การจัดทำแผนใช้ทรัพยากรทั้งครุภัณฑ์ และที่ดิน สิ่งก่อสร้างร่วมกัน (Resource sharing) เพื่อลดการลงทุน โดยคำนึงถึง ความจำเป็น ความคุ้มค่า สอดคล้องกับนโยบายการจัดบริการแบบเครือข่ายบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | หน่วยบริการในเขตและจังหวัดมีแผนการลงทุนร่วม ร้อยละ 100 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง |
|  | **11.3 แผนการบริหารเวชภัณฑ์ร่วมกัน** |
| **คำนิยาม** | **แผนการบริหารยา เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกัน** หมายถึง  การจัดทำแผนบริหารยา เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา และวัสดุการแพทย์ร่วมกัน เพื่อการต่อรองและลดต้นทุนโดยคำนึงถึง ความคุ้มค่า ทั้งในด้านราคา ปริมาณการใช้ยา เวชภัณฑ์สำหรับให้บริการด้านสุขภาพ เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและดำเนินการถูกต้องตามระเบียบพัสดุ สอดคล้องกับนโยบายการจัดบริการแบบเครือข่ายบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | 1.หน่วยบริการในเขตและจังหวัดมีแผนการบริหารยา เวชภัณฑ์ไม่ใช่ยา และวัสดุการแพทย์ร่วม ร้อยละ 100  2.เครือข่ายบริการในระดับเขต และจังหวัดมีค่าใช้จ่ายลดลงในภาพรวมร้อยละ 10 |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง |
| **ระยะเวลาประเมินผล** | ทุก 3 เดือน |
| **ผู้รายงานผลการดำเนินงาน** | กลุ่มงานยุทธศาสตร์/กลุ่มงานประกันสุขภาพ/กลุ่มงาน คบส/งานการเงิน |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ/ ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | กลุ่มงานยุทธศาสตร์/กลุ่มงานประกันสุขภาพ/กลุ่มงาน คบส/งานการเงิน |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **12.ประสิทธิภาพการบริหารการเงินสามารถควบคุมปัญหาทางการเงินระดับ 7ของหน่วยบริการในพื้นที่** |
| **คำนิยาม** | 1. ประสิทธิภาพการบริหารการเงินหมายถึง ความสามารถในการดำเนินงานของจังหวัดเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ ประกอบด้วย  1) ความสามารถกระจายการจัดสรรงบค่าใช้จ่ายทุกหมวดที่ได้รับมอบอำนาจ ให้สอดคล้องกับสถานะการเงินของหน่วยบริการในพื้นที่ เพื่อให้หน่วยบริการได้รับค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอสามารถจัดบริการประชาชนให้เข้าถึงบริการได้ครอบคลุมทั่วถึงเท่าเทียมและเป็นธรรม  2) ความสามารถพัฒนาและควบคุมกำกับให้หน่วยบริการมีสมรรถนะ และประสิทธิภาพในการบริการการเงินการคลัง จนไม่ประสบปัญหาทางการเงิน  2. ปัญหาการเงินระดับ 7 หมายถึง ระดับคะแนนความเสี่ยงตามเกณฑ์เฝ้าระวังทางการเงินในระดับสูงสุด 7 คะแนน ประกอบด้วย  1) Current Ratio < 1.5 = 1 คะแนน  2) Quick Ratio < 1.0= 1 คะแนน  3) Cash Ratio < 0.8 = 1 คะแนน  4) ทุนสำรองสุทธิติดลบ =1 คะแนน  5) ผลประกอบการขาดทุน= 1 คะแนน  6) ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย< 3 เดือน = 2 คะแนน  3. หน่วยบริการในพื้นที่หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่มีปัญหาทั้ง 7 ระดับ |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1. รายงานสถานการณ์ทางการเงิน ของหน่วยบริการ รายเดือน  2. จัดเก็บจากข้อมูลเผยแพร่ทางเว็บไซด์ (http://hfo.cfo.in.th) |
| **แหล่งข้อมูล** | กลุ่มงานพัฒนาระบบการเงินการคลัง กลุ่มประกันสุขภาพ |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางสาวรัชนี เมธาวีกุลชัย กลุ่มงานประกันสุขภาพ  055-705187-8 ต่อ 118 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ตัวชี้วัด** | **13.หน่วยบริการในพื้นที่มีต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ย กลุ่มระดับบริการ** |
| **คำนิยาม** | 1. หน่วยบริการในพื้นที่ หมายถึง โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัด ระดับ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน  2. ต้นทุนต่อหน่วย หมายถึง ต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในรวมทุกสิทธิ(total cost) ต่อหน่วยน้ำหนัก โดย ผู้ป่วยนอกใช้จำนวนครั้ง ผู้ป่วยในใช้ Adjust RW ที่คำนวณจากข้อมูลในบัญชีเกณฑ์คงค้าง ในลักษณะ  Cost to charge โดยราคา charge ใช้ราคาลูกหนี้ OPD และลูกหนี้ IPD ที่กลุ่มประกันสุขภาพได้แจ้งให้ทุกหน่วยศึกษาแล้ว  3. เกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ค่าเฉลี่ยเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (mean +1SD ) โดยกำหนดต้นทุนผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน หากค่าใดค่าหนึ่งเกินเกณฑ์จะถือว่ามีปัญหาประสิทธิภาพ  4. กลุ่มระดับบริการ หมายถึง กลุ่มของโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามเกณฑ์การจำแนกกลุ่มระดับบริการที่สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกำหนดและเผยแพร่ในเว็บไซต์กลุ่มประกันสุขภาพ www.higthai.org และhttp://hfo.cfo.in.th  5. ต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการ หมายถึง ประสิทธิภาพการควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ 2 องค์ประกอบ  1) การจัดการระบบบริการเพื่อให้มีต้นทุนบริการลดลง การใช้ทรัพยากรร่วมกันเพื่อลดการลงทุน และการบริหารระบบคลังและการจัดซื้อร่วมเพื่อลดต้นทุน  2) การควบคุมค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการตามปัญหาของแต่ละหน่วยซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงในหมวดต่างๆ กัน โดยต้นทุนรวมทั้งต้นทุนค่าแรง (Labor cost: LC) ต้นทุนวัสดุ (Material cost:MC) ต้นทุนลงทุน(Capital cost :CC) ต้นทุนดำเนินการ (Operating cost : OC) ลดลงอย่างเหมาะสมต้นทุนต่อหน่วยไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มบริการ โดย ต้นทุนต่อหน่วยของรพ.ไม่เกินเลขคณิตรวมค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ไม่เกิน mean +1SD)ของกลุ่มระดับบริการ |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | ไม่เกินเกณฑ์เฉลี่ยกลุ่มระดับบริการจาก Quick method |
| **ประชากรกลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 11 แห่ง |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | 1.จัดเก็บจากรายงานผลการวิเคราะห์ต้นทุนบริการ |
| **แหล่งข้อมูล** | โรงพยาบาลทุกแห่ง |
| **ผู้ให้ข้อมูลทางวิชาการ /**  **ผู้ประสานงานตัวชี้วัด** | นางสาวรัชนี เมธาวีกุลชัย กลุ่มงานประกันสุขภาพ 055-705187-8 ต่อ 118 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **14.ร้อยละของเครือข่ายมีดัชนีการเงินผ่านเกณฑ์ FAI** |
| **คำอธิบายนิยาม**  **ตัวชี้วัด:** | **ฐานข้อมูล** หมายถึง ข้อมูลจากการบันทึกรายการทางบัญชี ข้อมูลงบทดลอง ข้อมูลแผนการเงินการคลัง มีการตรวจสอบ การสอบทาน มีคุณภาพ**การเงินการคลังเครือข่ายมีคุณภาพ** หมายถึง การรับและการใช้จ่ายเงินตามแผนการเงินการคลังและการมีดัชนีชี้วัดทางการเงินผ่านเกณฑ์ FAI 1. การรับและการใช้จ่ายเงินตามแผนการเงินการคลัง หมายถึง การมีรายรับ การมีรายจ่ายเป็นไปตามกำหนดในแผนการเงินการคลังที่อนุมัติแล้ว 2. การบริหารการเงินการเงินผ่านเกณฑ์ FAI ประกอบด้วย 3 ประเด็น **2.1** **การควบคุมภายใน (IC)** หมายถึง ผ่านการประเมินถึงความเพียงพอและความมีประสิทธิผลของระบบควบคุมภายในตามระเบียบคณะกรรมการตรวจเงินแผ่นดิน พ.ศ.2544 **ข้อ 6 ตามประเด็นที่กำหนด 3 ด้าน คือ** 1. การจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารแผนรายรับ-รายจ่าย 2. การจัดการความเสี่ยงด้านการบริหารคลังวัสดุและเวชภัณฑ์ 3. การจัดการความเสี่ยงด้านงบลงทุน เน้น งบลงทุน ค่าเสื่อม**โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ 1.**มีคณะทำงานหรือกรรมการระบบการควบคุมภายในพิจารณาความเสี่ยงและประเด็นพัฒนาระบบการควบคุมภายในของหน่วยงาน 2 การกำหนดกระบวนการปฏิบัติงาน/กิจกรรมและวัตถุประสงค์ของระบวนการปฏิบัติงาน/กิจกรรมนั้น ๆ ชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงฯ **3** มีกระบวนการพิจารณาระดับความเสี่ยงว่าเพียงพอ ยอมรับความเสี่ยงได้หรือเป็นความเสี่ยงที่อยู่ในระดับยอมรับไม่ได้ต้องจัดทำแผนปรับปรุงการควบคุมภายใน 4มีการกำหนดวิธีการปรับปรุงการควบคุมภายใน สอดคล้องตามความเสี่ยงที่ยังเหลืออยู่ และรายงานติดตามความก้าวหน้าทุกไตรมาส **5** มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จหรือเป็นที่ยอมรับ (ตามที่กำหนดไว้ในรายงานแผนการปรับปรุงการควบคุมภายใน (ปอ.3) หรือรายงานการประเมินผลและการปรับปรุงการควบคุมภายใน (ปย. 2) **2.2 การพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างให้มีคุณภาพ (AB :** Accrual Basic **)** หมายถึงการตรวจทานรายงานการเงินตามเกณฑ์การให้คะแนนโดยใช้เครื่องมือสนับสนุนโดยโปรแกรมประเมินคุณภาพบัญชีอิเลคทรอนิคส์ ของกลุ่มประกันสุขภาพ หรือโดย Auditor จังหวัด คือ รายงานการเงินได้รับคะแนนร้อยละ และมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ **1.**มีทีมหรือคณะทำงานสอบทานรายงานการเงินประจำเดือน 2**.** มีการกำหนดปัญหาหรือประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบัญชีในเครือข่ายสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงฯ เพื่อแก้ไขและพัฒนา3มีกระบวนการแก้ไขปัญหาและรูปแบบขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาหรือมีการประชุมเพื่อสอบทานรายงานการเงินทุกเดือนก่อนส่งงบ4.มีกิจกรรมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาระบบบัญชีอย่างต่อเนื่องและมีรายงานให้ Cup board ทุกไตรมาส **5** มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จหรือเป็นที่ยอมรับ (ผ่านเกณฑ์ประเมินการตรวจทานคุณภาพบัญชีทางอิเล็กทรอนิกส์ร้อยละ 90 **2.3 การบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ (FM : Fund Management)**หมายถึง การวัดจากดัชนีความรุนแรง 7 ระดับ ตามหลักเกณฑ์การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางการเงินการคลังหน่วยบริการ สป. ประกอบด้วย  1.**กลุ่มแสดงความคล่องตามสภาพสินทรัพย์** 1) CR<1.5 2) QR<1 น้ำหนักคะแนนเท่ากับ1 3) Cash<0.8 น้ำหนักคะแนนเท่ากับ1 **2. กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน** 1) แสดงฐานะทางการเงิน (ทุนหมุนเวียน) NC<0 น้ำหนักคะแนนเท่ากับ12) แสดงฐานะจากผลประกอบการ(กำไรสุทธิรวมค่าเสื่อม) I<0 **3. กลุ่มแสดงระยะเวลาเข้าสู่ปัญหาการเงินรุนแรง** 1) NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด <3 เดือน หรือน้ำหนักคะแนนเท่ากับ12) NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด <6 เดือนน้ำหนักคะแนนเท่ากับ1 **หมายเหตุ ความเสี่ยงสูงสุด ระดับ 7 ต่ำสุดระดับ 1**  มีการดำเนินงาน ดังนี้ 1มีคณะทำงาน CFO ประชุมวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินอย่างน้อยทุกไตรมาส  2**.**มีการกำหนดปัญหาหรือประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการพัฒนาการเงินการคลังเครือข่ายสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงฯ เพื่อแก้ไขและพัฒนา 3**.**มีกระบวนการแก้ไขปัญหาและรูปแบบขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาหรือมีการประชุมเพื่อแก้ไขปัญหาหรือประเด็นนั้น ๆ **4.**มีกิจกรรมขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลังเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง และมีรายงานให้ Cupboard ทุกไตรมาส  **5.**มีผลงานหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ถึงความสำเร็จหรือเป็นที่ยอมรับ (ผ่านเกณฑ์ดัชนีการเงิน 7 ระดับ **2.4 การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ (UC : Unit cost)** กำหนดให้มีการจัดทำต้นทุนบริการ ระดับหน่วยบริการในหน่วยบริการทุกแห่งโดยใช้โปรแกรมพื้นฐานของสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุขโดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้ 1.มีนโยบายบริหารจัดการเรื่องต้นทุนและจักตั้งศูนย์ต้นทุนระดับหน่วยบริการและระดับจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนร่วมกันกับระดับเครือข่ายบริการ 2 มีการพัฒนาการจัดทำต้นทุนในหน่วยบริการอย่างชัดเจน โดยการแต่งตั้งรับผิดชอบ การพัฒนาบุคลากรในการจัดทำต้นทุนและการใช้โปรแกรมมาตรฐานการจัดทำต้นทุนของกระทรวง 3.มีการพัฒนาการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐานได้แก่ข้อมูลการเงิน ข้อมูลบริการ และติดตามอย่างต่อเนื่องให้เกิดคุณภาพ 4.มีการส่งข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำต้นทุนให้ส่วนกลางได้จนเป็นผลสำเร็จ 5.มีผลงานเชิงประจักษ์คือหน่วยบริการสามารถคำนวณต้นทุน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยต่อวันนอน RW เป็นผลสำเร็จ  **สรุปคะแนนรวม ดังนี้** 1. คะแนนการควบคุมภายใน 20 คะแนน 2. คะแนนการพัฒนาระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างให้มีคุณภาพ 20 คะแนน 3. คะแนนการบริหารการเงินการคลังมีประสิทธิภาพ 30 คะแนน 4. การพัฒนาการจัดทำต้นทุนบริการ 30 คะแนน |
| **เกณฑ์** | ผ่านเกณฑ์ระดับ5 (ร้อยละ80) |
| **กลุ่มเป้าหมาย** | โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชน |
| **เป้าหมาย** | รพท 1 แห่ง , รพช 10 แห่ง |
| **สูตรคำนวณ** | **ผลรวมคะแนน** = คะแนน 1 + คะแนน 2 + คะแนน 3 +คะแนน 4 =100 คะแนน |
| **ความเสี่ยง** | ฐานข้อมูลการเงินจากระบบบัญชีเกณฑ์คงค้างขาดคุณภาพ/ฐานข้อมูลการเงินจากแผนการเงินการคลังขาดคุณภาพ |
| **Baseline Data** | ระดับเครือข่าย 1. รายงานงบทดลองทาง Website 2. แบบฟอร์มแผนการเงินการคลัง 3. แบบฟอร์มสรุปรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาล |
| **วิธีการจัดเก็บ** | ระดับเครือข่าย1. แบบแผนการเงินการคลังที่อนุมัติ 2. แบบรายงานแผนกับผลการใช้จ่ายจริง รายไตรมาส 3. แบบสรุปรายรับ-รายจ่ายเงินบำรุงโรงพยาบาล รายเดือน 4. รายงานงบทดลองและงบการเงินที่กำหนด 5. ผลการประเมินคะแนนทางอิเล็คทรอนิคส์ ของกลุ่มประกันสุขภาพ สป.6. ผลการประเมินดัชนีการเงิน |
| **ผู้รับผิดชอบ** | นางสมศิริ ศัลยพงษ์ กลุ่มงานประกันสุขภาพและกลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข/นายสุเทพ นาคนาม กลุ่มงานนิติการ/นางสาวทัศนีย์ พันปี งานการเงิน กลุ่มงานบริหารทั่วไป/นางสาวรัชนี เมธาวีกุลชัย กลุ่มงานประกันสุขภาพ 055-705187-8 ต่อ 118 |

|  |  |
| --- | --- |
| **ชื่อตัวชี้วัด** | **15.การพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Data Center)** |
| **คำอธิบาย/นิยาม** | เครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอ (CUP) มีการพัฒนาระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของสถานบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ (CUP) โดยใช้โครงสร้างมาตรฐาน ข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ ในรูปแบบ 21 แฟ้มและ 50 แฟ้มมาตรฐาน และจะต้องมีการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1. จัดทำแผนพัฒนาระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพของ CUP ครอบคลุม 5 ด้าน (Hardware, Software, PeopleWare, Data&Information และ Management ) มีคณะกรรมการ/คณะทำงาน และผู้ดูแลระบบ (System Manager) ตลอดจนมีการประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงานเพื่อปรับปรุงและพัฒนา ฯ ให้ประสิทธิภาพ   2. กำกับ ติดตาม ตรวจสอบ ระบบข้อมูล 21 แฟ้มและ 50 แฟ้ม ของสถานบริการในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ ให้ส่งข้อมูลเข้าสู่ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(Data Center) ระดับจังหวัดได้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา ตามเกณฑ์ที่กำหนด   3. มีการพัฒนาระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ รูปแบบ 21 แฟ้มและ 50 แฟ้มมาตรฐาน ได้ตามเกณฑ์ที่จังหวัดกำหนดและสามารถจัดทำรายงานตามแนวทางจังหวัดหรือดีกว่าได้   4. มีการพัฒนาระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Data Center) โดยยึดข้อมูล 21 แฟ้มและ 50 แฟ้ม เป็นมาตรฐาน ทีมผู้เกี่ยวข้องใน CUP มีส่วนร่วมและรู้กระบวนการทำงานและใช้ข้อมูลร่วมกัน สามารถพัฒนารูปแบบเพิ่มเติมด้านการนำมาใช้ประโยชน์,ใช้ทรัพยากรการดำเนินงานอย่างพอเพียง,มีความยืดหยุ่นในการนำไปใช้งาน 5. พัฒนาระบบข้อมูลให้มีประสิทธิภาพ และให้บริการข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน(บริหาร,วิชาการ,ข้อมูลข่าวสาร) ผ่านทางเว็บไซด์ของ CUP ได้และเป็นปัจจุบัน |
| **เกณฑ์เป้าหมาย** | **ประเมินตามผลการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนตามนิยาม** |
| **เป้าหมาย** | **DATA CENTER สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร** |
| **สูตรการคำนวณ** | **-** |
| **แหล่งข้อมูล** | ข้อมูลในระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ(Data Center)ระดับจังหวัด/ Provis Server(21 แฟ้ม)/HDC Server(50 แฟ้ม) |
| **วิธีการจัดเก็บข้อมูล** | ออกประเมินไตรมาสที่2,4 |
| **ผู้รับผิดชอบ** | งานเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร นายกฤษณะ โมราสุขและคณะ 055-705187-8 ต่อ 125 |